

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Institut Universitari d'Estudis de la Dona



MATRONAS Y CAMBIO SOCIAL EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX. DE MUJERES Y PARTOS.

TESIS DOCTORAL

Autora: María José Alemany Anchel

Programa Género, subjetividad, conocimiento y cultura

Director: Dra. Ana Aguado Higón

Valencia, junio de 2014

**MATRONAS Y CAMBIO SOCIAL EN LA SEGUNDA MITAD
DEL SIGLO XX. DE MUJERES Y PARTOS.**

María José Alemany Anchel

Tesis doctoral dirigida por:

Dra Ana Aguado Higón

Institut Universitari d'Estudis de la Dona

Programa Género, subjetividad, conocimiento y cultura

Universitat de València

Valencia, junio de 2014

<u>Introducción</u>	9
<u>Capítulo 1. De teoría y metodología</u>	43
1.1.- En torno a los fundamentos teóricos.	43
1.2.- Androcentrismo, Género e Investigación en historia de la ciencia.	54
1.3.- Corrientes feministas y sus aportaciones en la salud de las mujeres	58
1.4.- La utilización de fuentes orales en la historia de las mujeres.....	86
<u>Capítulo 2. Breve historia de las matronas y del arte de partear.</u>	99
2.1.- El parto ancestral.	100
2.2.- El parto <i>ilustrado</i>	108
2.3.- El parto actual. Los antecedentes remotos.	84
<u>Capítulo 3.- Mujeres, matronas y partos. De casa al hospital.</u>	123
3.1.- Matronas de antes de la guerra.	123
3.2.- Esposas y madres ante el discurso contradictorio franquista	139
3.3.- El desarrollismo sanitario. Las ciudades sanitarias y sus paritorios.	157
3.4.- El caso valenciano: la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Fe.	174
3.5.- Memorias para hacer historia.	185
3.6.- Sobre la experiencia de las matronas en la asistencia del parto en el domicilio: Nuestras informantes.	189
3.7.- Formación.	200
3.8.- El trabajo.	209
3.9.- Prestigio y autoridad	239
3.10.- Vida cotidiana.....	252
<u>Capítulo 4.- Mujeres, matronas y partos. Evolución y cambios en el parto hospitalario. Los últimos treinta años del siglo XX.</u>	257
4.1 Apuntes sobre las décadas finales del siglo XX.....	258
4.2. Sobre la experiencia de las matronas en la asistencia del parto en el Hospital La Fe: Nuestras informantes.	268
4.3. Formación.	284
4.4. El ámbito laboral en la gestión.	320
4.5. El ámbito laboral asistencial.....	369
4.6. El ámbito laboral en la Atención Primaria.....	428
4.7. El ámbito laboral en la docencia.....	440
4.8. Del parto dirigido al parto mínimamente intervenido.	451

4.9. Las relaciones entre matronas y médicos en el ámbito hospitalario.	466
4.10. Prestigio y reconocimiento de las matronas: las mujeres y los médicos. .	483
4.11. Compatibilizar la vida personal y la laboral.....	494

Capítulo 5. Mujeres y partos	499
5.1 Mujeres que parieron en casa.	499
5.2. Mujeres que parieron en el hospital	536

A modo de conclusión	554
-----------------------------------	-----

ANEXO 1.- Planilla de turnos de las matronas de paritorio. Noviembre 1985 ..	587
---	-----

ANEXO 2.- Encuesta para mujeres que tuvieron un parto en su domicilio entre 1950-1970.....	588
---	-----

ANEXO 3.- Encuesta para mujeres que tuvieron un parto en el hospital entre 1970- 2000.....	591
---	-----

ANEXO 4.- Guión entrevista Matronas	597
--	-----

Tabla 1. Número de títulos de matronas según períodos (1853-1912).	115
--	-----

Tabla 2. Datos del presupuesto de construcción del Hospital La Fe.....	179
---	-----

Tabla 3. Datos de nacimientos en el Hospital Maternal La Fe (1971-2000	183
---	-----

Tabla 4.- Variables socio-demográficas de los partos domiciliarios.....	504
--	-----

Tabla 5.- La matrona como profesional.....	515
---	-----

Tabla 6 a.- El parto en casa.....	522
--	-----

Tabla 6 b.- El parto en casa.....	530
--	-----

Tabla 7.- Variables socio-demográficas de los partos hospitalarios.....	540
--	-----

Tabla 8.- Características de los partos	545
--	-----

Tabla 9.- Valoración de las mujeres.....	549
---	-----

Tabla 10.- Comparación de medias para los controles, ecografías y meses de lactancia	550
---	-----

Tabla 11.- Tipo de analgesia según periodo.....	552
--	-----

Tabla 12.- Respeto a las sugerencias según periodo	552
---	-----

Tabla 13.- Información recibida según periodo	553
--	-----

Tabla 14.- Profesional que dio la información según periodo.....	553
---	-----

Tabla 15.- Resumen de los diferentes test de la χ^2 para las Tablas 11 a 14. ..	554
---	-----

Bibliografía.-	605
-----------------------------	-----

Índice de Abreviaturas

AEP	Anuario de El País
AIN	Administración Institucional de Sanidad Nacional
APD	Asistencia Pública Domiciliaria
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
CCOO	Comisiones Obreras
CEE	Comunidad Económica Europea
CSIC	Centro Superior de Investigaciones Científicas
DUE	Diplomado Universitario de Enfermería
EIR	Enfermero Interno Residente
EVES	Escuela Valenciana de Estudios para la Salud
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FC	Frecuencia cardiaca
FIV	Fecundación In Vitro
FMI	Fondo Monetario Internacional
FRAP	Frente Revolucionario Antifascista y Patriota
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
IME	Índice Médico Español
INP	Instituto Nacional de Previsión
ITT	International, Telephone and Telegraph
IVE	Interrupción Voluntaria de Embarazo
IVESP	Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública
IVO	Instituto Valenciano de Oncología
MIR	Médico Interno Residente
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPE	Oferta Pública de Empleo
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
PAP	Período Activo de Parto
PCE	Partido Comunista Español
PSOE	Partido Socialista Obrero Español

PSP	Partido Socialista Popular
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SNS	Servicio Nacional de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
UDM	Unidad Docente de Matronas
UMD	Unión Militar Democrática

Agradecimientos

Quiero mostrar mi agradecimiento al profesorado de los cursos de doctorado realizados en el Institut Universitari d'Estudis de la Dona, porque alimentaron mi interés por la perspectiva de género, proponiendo lecturas que han resultado esenciales para encuadrar la parte metodológica de esta investigación.

A Javier porque juntos comenzamos el camino con los cursos de doctorado y disfrutamos de ello. Es el amigo que me ha proporcionado el soporte emocional necesario en los momentos de crisis y tengo que agradecer su inestimable ayuda.

A mis compañeras y compañeros de la Escuela de Enfermería La Fe porque han sido un estímulo constante durante estos años. Sus sugerencias y recomendaciones han sido de gran ayuda. Al equipo de dirección, Esperanza y Ángela, que han mostrado su comprensión facilitando que durante los últimos meses pudiera tener una dedicación más intensa a la redacción final.

A mis amigas y amigos porque cada vez que hemos hablado de la tesis han manifestado su interés, ofreciéndome ánimo para seguir adelante. Las risas y las reflexiones sobre muchos temas me han permitido mantener una energía constante hasta la conclusión de estas páginas.

A mi amigo Paco Montes por la inestimable ayuda que me ha proporcionado con el tratamiento estadístico de los datos. En su despacho, durante largas y acogedoras tardes de invierno, en torno a un café y un ordenador, con una amabilidad y una serenidad dignas de elogio, supo aportar sus conocimientos y sus explicaciones en un lenguaje comprensible para que los resultados del análisis realizado tuvieran sentido y confirmaran o desmintieran mis hipótesis.

A las doctoras y doctores que han evaluado la tesis dando su informe para que pueda ser defendida. Agradezco la dedicación y el interés que habrán prestado a la lectura de esta investigación doctoral. Solo tres de ellos conformarán el tribunal que juzgará la defensa pública del mismo. Las recomendaciones y los matices que me indiquen, estoy segura de que mejorarán sustancialmente el trabajo.

Quiero manifestar mi reconocimiento y mi gratitud hacia las mujeres que recordaron lo que habían vivido y lo que habían sentido durante sus partos. Gracias a ello pude recuperar su subjetividad y conformar una parte de las fuentes primarias de esta investigación.

La otra parte de las fuentes utilizadas han sido las entrevistas realizadas a las matronas. De las más mayores he aprendido mucho. Me han hecho sentirme orgullosa de pertenecer a un colectivo de mujeres que ejercieron su profesión en unas condiciones duras, con escasos medios y en un tiempo marcado por las consecuencias de la posguerra. Sé que disfrutaron por el hecho de poder contarme sus experiencias y de que su testimonio fuera a ser conocido públicamente. Les agradezco enormemente que me abrieran su casa y sus recuerdos.

A las que han sido mis compañeras durante los años que me dediqué al trabajo asistencial tengo que agradecerles sus enseñanzas. Me mostraron la mejor manera de adaptarme al escenario del paritorio del Hospital Maternal La Fe. Años después, durante las entrevistas escarbaron en su memoria y la transcripción de las mismas me permitió ir construyendo el puzzle que, una vez ordenado, constituye el eje de esta investigación. Con otras de las matronas que han sido informantes he podido recuperar la situación que se vivía en otros paritorios durante los años acotados por el objetivo de esta tesis. A todas ellas les

agradezco el tiempo y la disposición que han mostrado para rescatar los recuerdos de su vida profesional y personal. Sus testimonios han sido fundamentales para este trabajo.

Compatibilizar el trabajo, la vida cotidiana y la investigación ha supuesto un ejercicio constante de voluntad, constancia y perseverancia. Esa parte la puse yo. Pero he podido llegar hasta aquí gracias a la existencia de mi familia. Una familia poco convencional que ha sido capaz de ofrecerme su comprensión, su paciencia y, en definitiva, su amor, aceptando ausencias y falta de dedicación en más momentos de los que hubiera deseado. A lo largo de estos años ha llegado mi nieto Hugo. Poder tener unas horas cada semana para disfrutar, una vez más, de la satisfacción del cuidado, de la crianza y de sus caricias ha sido el mejor bálsamo para los momentos difíciles.

Ha sido Joan, mi pareja, quien más ha confiado en mí durante estos años. En nuestras conversaciones me ha exhortado a continuar con la investigación y a profundizar en el análisis. Ha sido un crítico exigente pero al mismo tiempo el más firme estímulo que he tenido. Su contribución a que haya conseguido finalizar este manuscrito ha sido decisiva.

Por último, quiero expresar mi gratitud hacia la profesora Ana Aguado, que aceptó desde el primer momento mi propuesta de dirigir esta tesis y durante este tiempo se ha mantenido cercana, orientándome ante las dudas y consiguiendo que siguiera mi rumbo sin imponer sus criterios, mostrando tanta confianza en mi capacidad de llegar a buen puerto que me ha hecho salir reforzada de este recorrido académico.

Introducción

No deja de tener sentido la idea de que las condiciones materiales determinan la existencia de las personas. Permítasenos tomar la idea como entradilla a nuestra forma de justificar el trabajo que presentamos. Una matrona con décadas de ejercicio profesional en la asistencia hospitalaria; una matrona que hace años que forma a enfermeras y a matronas y que, además, tiene una licenciatura en historia parece ser, –concédasenos el beneficio de la duda– una persona con el perfil adecuado para abordar el estudio de los cambios producidos en la atención al parto en la España de las últimas décadas.

Como matrona dedicada a la actividad asistencial en un paritorio de la sanidad pública durante más de veinte años, el hecho de estar día a día acompañando a las mujeres en su proceso de parto me ha hecho reflexionar sobre el papel de éstas en un momento clave como es el de dar a luz a un hijo. En la actualidad, son los obstetras, amparados en un sistema sanitario altamente tecnificado y medicalizado, los que toman las decisiones y le indican a la mujer cómo debe parir. Las matronas, situadas en un lugar inferior en la jerarquía hospitalaria, acompañan y ofrecen sus cuidados a las gestantes, pero sin contravenir el orden establecido y las figuras centrales de este acto, las mujeres de parto, desconfían de su propia capacidad de tener un parto normal y se someten a los protocolos médicos. La pregunta es inevitable ¿qué ha pasado en estos últimos cuarenta años para que las mujeres hayan olvidado la capacidad de su cuerpo para tener un parto espontáneo?

Bien es cierto que desde dentro del sistema sanitario no existe total homogeneidad y ya hace décadas que diversos grupos de matronas y de obstetras han mantenido una asistencia al parto basada en el respeto a la individualidad de cada mujer y a sus

elecciones, dejando que la fisiología haga su trabajo sin intervenir con fármacos o con tecnología. Se mantiene una actitud de acompañamiento que comprueba que el proceso evoluciona dentro de la normalidad para solo actuar cuando aparecen complicaciones. Ese y no otro sería el momento de utilizar los avances científicos para ayudar a las gestantes con el objetivo compartido de obtener un nacimiento saludable tanto para la madre como para su hija o hijo.

A pesar del loable trabajo realizado por estos grupos de profesionales, consideramos que se hace necesaria una revisión de los procedimientos actuales para adecuarlos a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y a las demandas -tanto de profesionales como de mujeres-, que abogan por superar el paradigma biomédico que considera el parto como un proceso potencialmente peligroso.

Aunque la incursión de los médicos varones en la asistencia al parto puede rastrearse en nuestro país desde el siglo XVIII, la generalización de su presencia y su autoridad como algo indiscutible se produjo en la segunda mitad del siglo pasado aparejada a un cambio de escenario: de la casa al hospital. Los cambios en la situación económica, la incursión de los tecnócratas en los ministerios franquistas y la legislación sanitaria fueron el motor de este cambio.

En esta tesis nos proponemos profundizar en el análisis de dichos cambios y para ello trabajaremos, además de las fuentes secundarias que nos ayuden a conocer el estado de la cuestión, con fuentes primarias que nos permitan contrastar lo que está escrito con la valoración que de ello hacen las matronas que pasaron de atender los partos en los domicilios a formar parte de la plantilla de los hospitales y de las mujeres que vivieron sus partos, unas en los propios domicilios y otras en los hospitales.

La realización de cincuenta y dos entrevistas en profundidad a matronas nos permitirá utilizar los testimonios recogidos como una fuente primaria, -sometida a la crítica como cualquier otro documento histórico-, pero teniendo en cuenta la existencia de otras voces que no han sido contempladas en los libros científicos sobre obstetricia ni en los documentos oficiales. Los resultados de una encuesta semiestructurada, realizada a una muestra de ciento seis mujeres que dieron a luz en sus casas y los de otra encuesta de las mismas características, que efectuamos a otra muestra de ciento cuarenta y tres mujeres que parieron en hospitales constituyen nuestra segunda fuente primaria, ofreciéndonos ambas, hechos, opiniones y sentimientos de las personas que son el centro de este acontecimiento: las mujeres de parto y las matronas que las atienden profesionalmente.

Entre los años cincuenta y finales de los años noventa del siglo pasado, España experimentó un carrusel de transformaciones sociales, económicas y culturales que vistas desde nuestro presente se nos antojan casi revolucionarias. Los cambios que se producen en la situación de la mujer favorecen la evolución desde una ancestral sociedad patriarcal hasta su incorporación, de manera paulatina eso sí, como un agente económico y social. Dichos cambios, van a ser analizados desde una perspectiva que primará la relación entre mujeres (matronas y parturientas), así como la centralidad de las mujeres que ejercían una profesión remunerada (las propias matronas). Doce de las entrevistadas fueron testigos de unas modificaciones sustanciales en las que además participaron como mujeres y como profesionales. Estas matronas son, en principio, profesionales que trabajaron, incluso después de casadas, en una sociedad en la que la mujer estaba lejos de ocupar un lugar algo más que testimonial en el mercado laboral. Además, esas matronas son mujeres que ejercieron su profesión -con mujeres y para las

mujeres- en una sociedad regida por hombres. Otra informante más de las que asistieron partos en el domicilio era partera, es decir, una mujer sin formación reglada que también nos aportó su experiencia. Y existen dos tipos de hombre, con los que las matronas se relacionaron de forma ineludible: los maridos de las gestantes que iban a parir y los médicos.

Doce de las matronas utilizadas como informantes para nuestra investigación han trabajado en la atención de partos en el domicilio. Cuarenta han ejercido su profesión en el espacio hospitalario y de éstas, trece también lo han hecho en atención primaria, a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986). De nuestra muestra de matronas, treinta y siete han ejercido su profesión en Valencia y quince han trabajado en otras ciudades del país. A este respecto tenemos que hacer una aclaración sobre la elección de la muestra. El objeto central de esta parte del estudio eran las matronas que tuvieron algún vínculo laboral con el Hospital Maternal de La Fe. Aun así tuvimos oportunidad de entrevistar a profesionales de otros hospitales y de otras ciudades, lo que nos permitió contrastar la forma de atender los partos durante la segunda mitad del siglo pasado en distintos lugares del territorio español.

Con respecto a la profesión de matrona, en 1986 se suspendió su formación porque el Plan de Estudios tenía que adaptarse a las directrices de la Comunidad Europea. Tras seis años de interrupción en la formación de matronas, en 1992 se promulgó una Orden Ministerial que estableció los requisitos mínimos para la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica/Matrona, ahora adaptada a las directrices comunitarias. Desde entonces soy profesora de la Unidad Docente de Matronas en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) y he

impartido dos asignaturas, *Asistencia al parto e Historia de la profesión de matrona*.

La segunda asignatura que he nombrado y que, en definitiva, justifica mi interés por el tema elegido es la historia de la profesión de matrona. Desde aquella primera promoción me permití apostillar al enunciado una coletilla que anunciara a las residentes cuál era mi postura como historiadora ante el tema de estudio: *Historia de la profesión de matrona desde una perspectiva de género*. Desde nuestro punto de vista era imprescindible analizar la profesión en cada una de las etapas en las que tradicionalmente se ha dividido la historia para desentrañar las razones por las cuales, las parteras¹ en un principio y las matronas en los dos últimos siglos, habían pasado de ser las responsables de la asistencia al parto y las que tenían autoridad y reconocimiento, a tener una posición subalterna (Spivak, 1985, pp.330-363), que implicaba sometimiento a las órdenes médicas dentro de la jerarquía hospitalaria.

El trabajo que presentamos tiene diversas singularidades. Las dos principales son, de una parte, nuestro esfuerzo por articular los cambios sociales y culturales de la España del período con las modificaciones sustantivas que se producen tanto en el marco legal del ordenamiento sanitario relacionado con la obstetricia y la ginecología; como con el paso de la atención al parto como acto íntimo y doméstico a un acto médico altamente tecnificado y, por ende, de menor cercanía humana entre la mujer y las profesionales que le ayudan en su parto. En segundo lugar, la singularidad de

¹ En este texto al hablar de *parteras* nos referimos a mujeres que a lo largo de la historia han asistido los partos sin tener un título académico. Utilizaremos indistintamente los nombres de matrona o comadrona para referirnos a las mujeres que se han dedicado profesionalmente a asistir los partos tras haber recibido formación y después de obtener un título por parte del tribunal competente después de haber superado un examen.

nuestro trabajo se hace patente en el tratamiento que damos a la documentación primaria resultante de nuestra labor con informantes orales. Hemos recogido cincuenta y dos testimonios de otras tantas matronas que desarrollaron su actividad profesional en las décadas finales del siglo XX. Así mismo, recogimos la información proporcionada por doscientas cuarenta y nueve mujeres que nos hablaron de sus partos, unos vividos en su propia casa y otros en el hospital al que acudieron a dar a luz.

Intentaremos responder a lo largo de nuestro trabajo a una serie de interrogantes. ¿Qué pasó con esas mujeres, con las matronas y con las parturientas, en el proceso de atención al parto en esos años vitales de nuestra historia reciente? ¿Cómo influyeron los cambios en la sociedad en esas mujeres y en sus relaciones personales y familiares? ¿Qué significó, realmente, el tránsito del parto domiciliario al parto hospitalario?

Estas preguntas determinan la orientación metodológica que hemos dado a nuestro trabajo con las informantes. Esto es: hemos realizado encuestas cerradas y entrevistas semi-estructuradas en profundidad, tanto a las matronas como a las mujeres que conformaron nuestra muestra. En el caso de las comadronas nos hemos centrado en el ejercicio profesional de cada una de las informantes, pero también en las vivencias de la mujer que es matrona. Hemos recabado información sobre aspectos relacionados con su formación académica, su desarrollo profesional, su jornada laboral, su actividad asistencial en el domicilio de las parturientas o en los paritorios de los hospitales, y su compleja relación con el obstetra, con el médico varón, tanto en el acto médico domiciliario como en el hospitalario. En el segundo aspecto nos hemos volcado sobre la matrona-mujer y su vida personal así como la matrona-mujer que ayuda a otras mujeres. En el caso de las mujeres que relataron sus partos nos hablaron de las condiciones de vida y de los

sentimientos que tuvieron según hubieran tenido a las criaturas en su propia casa o en el hospital.

La realización de la tesis doctoral de quien firma estas páginas, no ha estado exenta de dificultades. No es sencillo compatibilizar la actividad docente, la investigación y la vida personal. Pero se ha de decir que hemos contado durante este tiempo con el apoyo y la colaboración de la profesora Anna Aguado, directora de la tesis, cuya disponibilidad para resolver las consultas realizadas ha facilitado la orientación correcta de esta investigación. Por tanto quisiera compartir con ella los aciertos que este trabajo pueda tener. Y con el mismo énfasis, me hago responsable de los errores, las insuficiencias o los flancos descubiertos que la investigación pueda presentar. A buen seguro, los miembros del tribunal sabrán ponerlas de relieve para mejorar así nuestra tarea investigadora.

La elección del tema de investigación es siempre un ejercicio de riesgo. Y esto es así, en nuestra opinión, por diversas razones: de entrada porque entendemos que debe ser de interés general y, al mismo tiempo, debe ser apasionante para la persona que va a trabajar en él ya que van a ser muchas las horas de trabajo que se le habrá de dedicar; en segundo lugar, porque debe tratarse de un tema respecto al cual tengamos una ventaja comparativa clara. Como ya se ha dicho anteriormente, mi condición de matrona, de profesora de futuras enfermeras y de futuras matronas y, además, de licenciada en Historia me ha permitido vivir de cerca tanto los avances en el ejercicio de la profesión de matrona, como los avances historiográficos que sobre la materia se han producido en los últimos años.

Ya cuando recibía mis clases en la Facultad de Medicina de Valencia durante mi formación académica como matrona, comencé a vislumbrar algunos interrogantes sobre la ausencia de las

mujeres en los discursos científicos recibidos. Me resultaba sorprendente y poco comprensible que estuviera formándome en una disciplina donde el saber emanaba de textos escritos por médicos ilustres, donde los descubrimientos habían surgido de investigadores varones y los avances científicos se habían producido con el paso del tiempo gracias a la iniciativa de prestigiosos obstetras. ¿Cómo era posible que desde el origen de la vida humana en el planeta ninguna matrona hubiera destacado por su notable experiencia, por su atención y cuidados durante el trabajo de parto, o por su descubrimiento de que determinadas posturas eran más favorecedoras para el descenso del feto a través del canal del parto?

Es una realidad que en una disputa de poder que comenzó varios siglos antes entre cirujanos -varones- y matronas -mujeres-, estas últimas siempre mantuvieron una posición subordinada respecto a los primeros. En la memoria colectiva de la sociedad contemporánea la ciencia, la sabiduría, el prestigio y la autoridad están asociadas a la medicina, y tanto la enfermería como el denominado arte de partear son considerados de segunda categoría, dependientes y subalternos.

Volvamos, no obstante, a la literatura especializada, a los textos a los que me refería poco más arriba. Más allá de los excelentes resultados recogidos por la historiografía general realizada desde una perspectiva de género, respecto a lo que podríamos llamar la historia de las matronas, seguimos sin contar -a nuestro juicio- con un texto de referencia en el que se expliquen los cambios en el llamado "arte de partear" acaecidos en la España de las últimas décadas del siglo pasado. Existe, es verdad, alguna monografía, pero siempre dedicada a un período más largo, lo que, lógicamente, afecta a la profundidad del análisis. Existen, también, títulos de interés dedicados a la historia de la medicina o de la

enfermería en los que con mayor o menor énfasis se aborda el conocimiento de la profesión de matrona. Sin embargo, como ya se ha dicho, no contamos con un trabajo de calidad que nos permita conocer esa evolución que se produce en las décadas finales del siglo pasado: aquellas en las que, de la mano del desarrollo y la modernización que vive España, el parto domiciliario se convierte mayoritariamente en el parto hospitalario. Nos proponemos contribuir, con esta tesis doctoral, a llenar este vacío de conocimiento.

Cualquier esbozo de estado de la cuestión sobre la historia de las matronas en la España de finales del siglo pasado ha de citar algunos títulos. Veremos más adelante algunos de ellos.

Antes, no obstante, debemos decir que hemos consultado todas las bases de datos bibliográficas en las que se recogen los textos referidos a las disciplinas de las ciencias de la salud. En primer lugar la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS-España), que cuenta entre sus bases de datos con la primera versión del Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). IBECS es una base de datos que recoge literatura sobre ciencias de la salud publicada en España. Ha sido diseñada para incluir contenidos de las publicaciones periódicas de diferentes campos de las ciencias de la salud, tales como medicina -incluyendo salud pública, epidemiología y administración sanitaria-, farmacia, veterinaria, psicología, odontología y enfermería. El segundo portal consultado es la base de datos de enfermería en español CUIDEN de la Fundación Index, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados. En tercer lugar, es imprescindible la consulta de la base de datos de libros editados en

España (ISBN), que contiene referencias bibliográficas de todos los libros editados en nuestro país desde 1972. Contiene más de 900.000 referencias de ediciones en castellano, catalán, gallego y euskera. Seguidamente, hemos consultado la base de datos de tesis doctorales TESEO y, por último, dentro de las bases de datos del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) hemos revisado el Índice Médico Español (IME) y el ISOC. El primero contiene la producción científica sobre biomedicina publicada en España desde los años 70. Recoge fundamentalmente artículos de revistas científicas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías. En cuanto al ISOC recoge los sumarios referidos a Ciencias Sociales y Humanidades.

Producto del rastreo que hemos realizado en las diferentes bases de datos hemos encontrado artículos que de una manera general hablan de la evolución histórica de la profesión de matrona. Entre los mismos podemos citar "Evolución histórica de la profesión de matrona" (García Hidalgo, 1981), en la revista *Nueva Enfermería*; "Proyección histórica de la matrona" (Sánchez Pedrosa, 1993), artículo publicado por *Enfermería Universitaria de Albacete*; "Evolución de la profesión de matrona. Situación actual" (Gómez Ruíz, 1996), en la *Revista del Colegio de Enfermería de Cantabria*. Los tres, breves y generalistas, realizan un apresurado recorrido desde los orígenes hasta nuestros días llevándonos por lugares comunes para desembocar en la situación concreta de las matronas a finales del siglo XX. Diferente valoración por nuestra parte merece uno de los artículos que recoge los eventos que han tenido más relevancia para la paulatina conformación de la matronería como profesión, tanto en el ámbito legislativo como en lo referente a su institucionalización. Nos referimos al que lleva el título "Fechas clave para la historia de las matronas en España" (García Martínez, 1998,1989, pp. 43-59), publicado en la revista histórica *Híades*. En el

mismo número de la revista (5-6), también contamos con un texto (García Martínez, 1998-1999, pp. 55-60)) en el que se recupera la cuestión sanitaria que durante el primer tercio del siglo XX preocupó a la clase política, y que no era otro que situar a la medicina como la carrera superior que debía regir los asuntos relacionados con la salud, ubicando de manera subordinada a las demás profesiones sanitarias del momento, como es el caso de las matronas, enfermeras y practicantes. Desde esta época quedó clara la relación jerárquica que marcó la preeminencia de la medicina en la vida hospitalaria en los años de nuestro trabajo.

En 1995, el catedrático de obstetricia y ginecología de la Universidad de Cantabria J. R. De Miguel Sesmero publicó en el número 55 de la revista *Toko-Ginecología Práctica* un interesante artículo: "Hitos históricos de la obstetricia desde la Edad Media hasta el siglo XIX" (De Miguel Sesmero, 1995), en el cual recoge los momentos más importantes en la conformación de la obstetricia como especialidad de la medicina. A pesar de hablar de una especialidad médica, el artículo, sobre todo la primera parte, habla largamente de las matronas, como las encargadas de asistir a las mujeres de parto.

Mención aparte merece la publicación en la revista granadina *Actualidad Médica* del discurso de recepción como académico numerario del Dr. José Luís Oliva Marra-López, de la Real Academia de Medicina de Granada. El discurso lleva el título de "El ayer, el presente y el mañana de la asistencia al parto" (Oliva, 1985) y su importancia reside, no tanto en la descripción detallada de lo que se sabe de la asistencia al parto en épocas anteriores, sino en la posición patriarcal que como hombre de la cultura y de la ciencia trasmite en su texto. A lo largo de su extensa disertación habla del largo período en que la asistencia al parto ha estado en manos femeninas y se apoya en la definición que Aristóteles hace del

empirismo para nombrar el carácter inferior con que califica el trabajo de las comadronas "cualquier actividad rutinaria, practiconería, acto efectuado a fuerza de repetición o ignorando la razón por la que se ejecuta." Y señala que ha permanecido en manos femeninas debido a "la superstición y la magia, las creencias religiosas y la omnipresencia del hábito" y, a pesar de ello "llega a constituirse en profesión con el transcurso del tiempo". Sitúa el siglo XVII como el inicio de la era científica en la asistencia al parto ya que "la asistencia al parto es elevada a ciencia por el conocimiento en manos de cirujanos-tocólogos". Nos parece una afirmación demasiado ligera ya que no explica cómo se produjo tal cambio si los cirujanos-tocólogos no habían presenciado los partos por las razones que anteriormente él mismo ha nombrado, por tanto es difícil creer que solo por su mera presencia en los mismos ya se denomine ciencia y cuando la asistencia estaba en manos de las mujeres se denominaba empirismo. Al comentar el enfrentamiento que se produjo en el siglo XVII entre las comadronas y los cirujanos, debido a que éstos cuestionaron la exclusividad del protagonismo que durante siglos había detentado la matrona, argumenta que esto supuso un freno para el nacimiento de la obstetricia científica, a pesar de que reconoce que el perfeccionamiento alcanzado en la formación de las comadronas había conseguido que su oficio fuera considerado de alto prestigio en el Hotel Dieu de París. Al nombrar a las matronas que destacaron en el siglo XVII habla de Louise Bourgeois y, curiosamente, a pesar de que son ampliamente conocidos sus diversos tratados sobre asuntos relacionados con el parto, el académico resalta que "es recordada por el incidente que tuvo con el primer cirujano real Guillemau como consecuencia de la muerte de la duquesa de Orleans por infección puerperal". Nos resulta sorprendente la versión del Dr. Oliva que oculta que tras la expulsión de la placenta, el equipo de cirujanos reales examinó la

placenta e informó que todo era correcto y fue después, tras el terrible incidente, cuando se vieron impulsados a encontrar un chivo expiatorio desacreditando a la comadrona real y causando su declive profesional. Destaca el enriquecimiento que supuso para lo que denomina la “clínica asistencial al parto” la aplicación de —siempre siguiendo al autor del discurso— un importante avance técnico: la invención de los fórceps con lo cual se inicia una nueva etapa en la obstetricia. Pone de manifiesto el androcentrismo que subyace en el discurso científico cuando afirma que los médicos comenzaron a asistir los partos de la realeza. Hasta entonces el médico “se limitaba a vigilar y aconsejar sobre la conducción del trabajo cuya asistencia estaba encomendada directamente a la matrona”, aplicando según el autor, “el conocimiento inductivo, accediendo a él por el enjuiciamiento directo de los fenómenos del parto abriendo el camino a los progresos científicos de la asistencia al parto.” Es decir, lo que para las mujeres-comadronas se había llamado empirismo para los varones-médicos pasaba a llamarse ciencia.

Así pues, Oliva, al centrarse en lo que denomina el presente obstétrico —recordemos que el artículo es de 1981, aunque publicado en 1985—, describe todos los avances y descubrimientos que en los siglos XIX y XX han tenido trascendencia en cuanto al conocimiento de la fisiología del parto y sus repercusiones tanto en la gestante como en el feto. En cuanto al siglo XX considera que está caracterizado por tres factores: la institucionalización, es decir, el parto hospitalario; la tecnificación aplicada a la conducción del parto y al desarrollo de métodos de diagnóstico; y la importancia cada vez mayor del feto, que se convierte paulatinamente en protagonista. Podemos concluir que en el análisis del texto aludido, cuando se habla del trabajo realizado por la matrona se considera que durante siglos estuvieron observando cómo se desenvolvían los acontecimientos de la dilatación, el parto y el alumbramiento y

cuáles eran los mecanismos que los facilitaban sin obtener conocimiento alguno e impidiendo el progreso de la ciencia. Cuando aparecen los cirujanos en la escena del nacimiento, sin conocimientos sobre los cuerpos de las mujeres por prescripción religiosa y sin nociones sobre la anatomía, ya que durante siglos había estado prohibida la disección de cadáveres, la obstetricia comenzó a despuntar apoyándose en la utilización de instrumentos. Aparecen los varones y, con ellos, la ciencia. Sobre la ideología de los ginecólogos españoles respecto a las mujeres en los primeros setenta años del siglo XX es imprescindible el documentado trabajo sociológico (de Miguel, 1979) que realiza un análisis muy crítico de los textos docentes utilizados en la primera y segunda mitad de siglo para la enseñanza universitaria de la Obstetricia y la Ginecología y que fueron utilizados por varias generaciones de ginecólogos (Botella, González Merlo, Recasens, Dexeus padre, etc...). En dichos tratados se aprecian las bases ideológicas del discurso androcéntrico y los intentos de asentar científicamente los paradigmas de la mujer madre y debilitada por las influencias biológicas.

Treinta años después (Conde Fernández, 2011), leyó un discurso en el acto de su recepción como Académico Numerario en la Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote, bajo el título "Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular hasta el conocimiento científico". Encontramos en su texto un cambio importante con respecto al académico anterior. La lectura del mismo nos permite captar su propia posición ante la enfermería y la matronería, pues al relatar la evolución histórica de la profesión la vincula con los acontecimientos históricos y sociales que sucedieron en cada una de las etapas, evitando desprestigiarla y poniendo de relieve las circunstancias que acontecieron, expresando su opinión de manera razonada y alejándose de los tópicos existentes. Por ejemplo, cuando habla de las parteras en la Edad

Media, a diferencia del discurso de su predecesor dice: "De esta forma la partera se iba haciendo una experta en su ámbito de actuación. Esta forma de transmisión del conocimiento y del saber puso a la matrona en situaciones de destierro y riesgo para su vida, acusada de magia, brujería y superstición durante mucho tiempo". Más adelante, dedica unas líneas a las damas de Salerno, las cuales durante el oscurantismo medieval surgieron como un foco de resistencia practicando medicina y cirugía "Fueron quienes ayudaron a que se produjera el Renacimiento de la medicina". En cuanto a la figura de Trótula, afirma que durante siglos se ha cuestionado la importancia de su obra por el hecho ser mujer, aunque no se sabía con certeza si era comadrona o médica en Salerno. Curiosamente, entre los distintos temas relacionados con la obstetricia en su libro, hace una mención al alivio del dolor durante el parto mediante la prescripción de opio, actitud proscrita por la Iglesia. Cuando habla del siglo XVII se expresa de una manera que denota, desde nuestro punto de vista, un deseo de objetividad cuando dice "...ya existen algunos roces entre cirujanos comadrones y matronas, por injerencias de los primeros en el terreno de las segundas, buscando un mayor protagonismo y sin que ello sirviera de mejora en la asistencia a la embarazada". Otra de las afirmaciones destacables de su discurso se refiere al reconocimiento de la enfermería como disciplina autónoma y a la finalidad de su actividad profesional como la dedicación al cuidado tanto de la persona sana como la enferma: "En 1977 un Real Decreto de 23 de julio integra los estudios de ATS en las universidades españolas como Escuelas Universitarias de Enfermería...Esto supuso un hito trascendental para los estudios de enfermería y de matrona, la concepción biologicista y tecnicista de estas profesiones va cambiando hacia una concepción más integral de los cuidados basando en la persona sana o enferma las

intervenciones y dejando a un lado al profesional médico como razón de ser de las actividades de enfermería”.

Son tres los artículos que queremos destacar de la revista de investigación histórica *Híades* que hacen referencia a aspectos relacionados con la formación de las matronas en los años de nuestro estudio. El primero hace un recorrido histórico desde el saber empírico hasta la formación reglada de las matronas. Se publicó en el número 5-6 de la citada revista (Cuadri, 1998-1999, pp.261-270), lleva el título "Antecedentes históricos de la formación de matronas." El segundo y el tercero son dos fichas, la 8ª y la 14ª: "Bossi, L. M. Manual de obstetricia. Ginecología menor para las comadronas. Barcelona, 1925"(García Martínez, 1999, pp. 41-46) y "Box María-Cespedal, A. Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras. Madrid: Instituto Editorial Reus, 1951" (García Martínez, 2000, pp. 137-148).

En la primera, se pone de manifiesto la autoridad de los médicos en la formación académica de las matronas, que ha sido una constante desde la aparición de los primeros textos conocidos para este fin en el siglo XVI hasta nuestros días. En la segunda se estudia un texto que fue publicado en 1951, solo un año antes de la unificación de las titulaciones existentes (enfermeras, practicantes y matronas) en la de Ayudantes Técnicos Sanitarios, dentro de la cual se crearía la especialidad de matrona en 1957, que desde entonces dejaría de ser una carrera independiente. En palabras del autor del libro analizado, el Dr. Box, la obra cumple la siguiente finalidad: "En nuestros cursos teórico-prácticos hemos tenido ocasión de observar las dificultades que se presentan para compendiar las múltiples tareas de una disciplina mal limitada y sujeta a continua renovación, tal cual son los estudios de los ayudantes del médico ...".

En la revista *Cultura de los Cuidados* se publica el interesante artículo "Un manual para la formación de las comadronas españolas (1929)" (Herrera, 1997, pp. 37-42), en el cual analiza el texto escrito por Piskacek que tenía ese mismo título, un médico que llevaba treinta años de experiencia en la formación de las matronas y puso de manifiesto la idoneidad de escribir un libro para ellas ya que, ante la escasez de textos específicos, se veían obligadas a recurrir a libros de obstetricia escritos para los médicos.

En la actualidad, la revista *Matronas Profesión* canaliza la mayor parte de artículos escritos por y para las matronas, tanto en su actividad asistencial en el ámbito de Atención Primaria y en los hospitales, como en el aspecto relacionado con la institucionalización de la profesión (colegios, asociaciones de nuestro país y del contexto internacional).

En el año 2002, se publicó en ella un artículo de relevancia para nuestra investigación "El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957" (Valle, 2002, pp. 28-35). El autor se propuso el objetivo de contribuir al mejor conocimiento de la historia de las matronas en España mediante el estudio de su formación y el impacto social de éstas en la época. Ofrece una visión general de la formación de matronas desde la aparición de los primeros manuales hasta 1957, año en que se creó el programa de formación de matronas para ATS femeninas y que supone una ruptura total con todo lo anteriormente establecido en cuanto a titulación, unificación y dependencia.

Es en el mismo año 2002 cuando la Asociación Navarra de Matronas, publicó un texto que había sido presentado en la exposición "Matronas y mujeres en la historia" con el título "La formación de la matrona a lo largo de la historia" (Serrano, 2002). Realiza un breve repaso a los antecedentes históricos para

detenerse al detalle en los siglos XIX y XX, haciendo especial hincapié en la formación actual de la matrona.

Dos artículos se ocupan de abordar aspectos referidos a la institucionalización de la profesión de matrona en el primer tercio del siglo XX. En la citada revista de historia de la enfermería *Híades*, contamos con unas notas biográficas sobre Rosalía Robles Cerdán, que fue la fundadora y directora de la revista *La matrona Hispalense*, y con otro artículo original que es la continuación del anterior con el título "La revista española La Matrona Hispalense (1929-30): A la búsqueda de una identidad profesional", ambos en el número 5-6 de la revista (García Martínez y Espina, 1999, pp. 285-326).

La importancia de estos dos textos tiene relación con la preocupación de las matronas en los primeros años del siglo pasado en cuanto a la colegiación independiente, ya que las autoridades no habían visto la necesidad de que fueran separadas de los Colegios de Medicina porque no estaban bien delimitadas sus funciones y porque consideraban que eran carreras auxiliares de la medicina. Se había producido un primer intento por parte de las matronas en 1923, pero la petición se denegó y, por fin, en 1930 se legisló la colegiación independiente y obligatoria de las matronas. En la citada revista se recogían las inquietudes de las matronas, fundamentalmente las referidas al intrusismo, la formación académica, los salarios y la idoneidad de que se crearan revistas científicas propias de la profesión.

Consideramos imprescindible el documentado artículo "Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la 'cuestión social' (1857-1936)" (González Canalejo, 2007, pp.211-235), en el que la autora aborda la situación socioeconómica de España en las tres primeras décadas del siglo XX, relacionando la situación de pobreza que vivía la mayoría de la

población y el elevado índice de mortalidad infantil, con la creciente incorporación de las mujeres en determinados espacios laborales vinculados a la prestación de cuidados.

El artículo analiza la situación social de la España de finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX teniendo en cuenta la categoría género para llegar al origen de la asistencia pública sanitaria, caracterizada por la presencia de las mujeres que accedieron al mercado laboral a través de las denominadas profesiones *auxiliares* sanitarias: matronas, practicantes y enfermeras.

En cuanto al abordaje de la profesión de matrona desde una perspectiva de género ha resultado esencial la consulta de diversos artículos y libros de la profesora de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada Teresa Ortiz (Ortiz, 1993), (Ortiz y Sánchez, 1995), (Ortiz, 1996,a), (Ortiz, 1996,b), (Ortiz, 1996,c), (Ortiz y Martínez, 1997), (Ortiz, 1999,a), (Ortiz, 1999,b), (Ortiz, 2000), (Cabré y Ortiz (Eds), 2001), (Ortiz, 2006, b). (Ortiz, 2008) y (Ortiz, 2009), la lectura de los cuales ha resultado esencial para comprender la relación de hegemonía entre cirujanos y médicos –varones–, y la subordinación de las matronas –mujeres– en cuanto a la autoridad en la asistencia al parto desde la época moderna. Así mismo, sus reflexiones teóricas en torno a la [incorrecta] utilización del concepto género en los textos de las Ciencias Sociales nos han hecho repensar a Scott (1990) en su clásico texto “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. Ha resultado cardinal la lectura del libro de “Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista” (Ortiz, 2006, a) para abordar el capítulo de la metodología. Nos ha proporcionado un exhaustivo análisis sobre los resultados de la investigación historiográfica en torno a las prácticas de salud de las mujeres y la organización social de la actividad sanitaria, que

demuestran el androcentrismo imperante en el mundo de la ciencia.

En este recorrido sobre las publicaciones relacionadas con nuestro tema de estudio queremos resaltar un texto singular (Towler y Bramall, 1997) que constituye, sin duda, una referencia para nosotras. Entendemos que es el texto más completo que ha aparecido en los últimos años sobre la historia de las matronas. Se trata de una muy correcta síntesis de la evolución –desde la prehistoria hasta nuestros días– de la actividad de las matronas en el espacio europeo. Aunque el análisis se centra en Gran Bretaña, son frecuentes las incursiones comparativas con las realidades de otras latitudes europeas. Uno de los valores más incontestables del libro es que contempla la perspectiva de género, y relaciona el papel desempeñado por las matronas con el contexto histórico y social.

Pero, sin duda, ha resultado crucial la lectura de los diversos capítulos de un texto que trata específicamente el tema de las matronas en el contexto europeo (Cabré y Ortiz (Eds), 2001). En concreto tres capítulos, uno dedicado a la matrona Louise Bourgeois (Sheridan, 2001) en el país francés, cuyo caso es paradigmático sobre el proceso que se iniciaría en Europa a partir del siglo XVII, en el cual las autoridades masculinas regularon la actividad de las matronas y aceptaron la intervención de los hombres en los partos. El segundo, (Ortiz, 2001) se centra en el caso español y pone en evidencia la resistencia de las matronas a ser desplazadas de una actividad que durante siglos había pertenecido a su magisterio. Luisa Rosado fue una matrona que llegó a pleitear judicialmente y en sus escritos puso de manifiesto el orgullo que sentía de pertenecer a la profesión de matrona, demostrando que se sentía segura de sí misma y de los conocimientos que poseía. El tercero e imprescindible (Rhodes,

2001) se centra en el caso inglés entre 1936-1950. El análisis del mismo nos ha permitido buscar el paralelismo existente con las matronas de nuestro estudio, en cuanto a las dimensiones entre saber y poder que no tienen por qué estar vinculadas directamente. En este capítulo redefine el saber de la matronería como una entidad compleja y maleable, que comprende formación curricular y experiencia profesional, y que esta última es, al mismo tiempo mantenida y transformada por la práctica.

Respecto a la historia de las mujeres ha resultado imprescindible la consulta de varios textos de la historiadora feminista Ivonne Knibehler (Knibehler y Fouquet, 1977), (Knibehler, 2001). En ellos se aborda el tema de la maternidad, siendo pionera en abordar el tema de la maternidad dentro de la historiografía francesa, alejándose de la tendencia habitual dentro de la disciplina histórica que dejaba fuera de su área de interés temas relacionados con la familia, la reproducción o los afectos. En sus propias palabras "La maternidad todavía se pensaba como fuera del tiempo, vinculada a la naturaleza, y por ello eterna y universal. Al escribir *L'histoire des mères*, quería mostrar que, precisamente, la maternidad tenía una historia, que constituía un objeto histórico". (Dubesset y Thébaud, 2005:255).

La maternidad no ha sido un tema preferente en los trabajos sobre historia de las mujeres en el contexto español, a pesar de contar con algunos trabajos pioneros como los de Mary Nash (Nash, 1991), (Nash, 1996), (Nash, 2000). Más recientemente, Silvia Caporale (2005) coordina un volumen que con el título *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*, agrupa varios artículos que, aceptando la premisa de la diferenciación entre la maternidad como institución y como experiencia vivida exploran el tema desde esa premisa. Destacamos el interés que ha supuesto para nosotros la lectura del

artículo "Maternidades y madres: un enfoque historiográfico" (Moreno y Mira, 2005), en el cual desarrollan cuatro ideas. En primer lugar subrayan el escaso interés que ha supuesto para la historiografía española el tema de la maternidad y constatan que cuando se ha abordado, ha sido priorizando la maternidad desde el punto de vista biológico por encima del social. En segundo término rastrean en los antecedentes de los discursos sobre la maternidad que se han producido en el siglo XX. En tercer lugar se ocupan de destacar cuáles han sido las respuestas de las mujeres ante estos discursos. Por último, realizan una relectura de los mismos analizando los comportamientos y actitudes de la mujer como sujeto y como protagonista.

Sobre la construcción cultural de la maternidad y su utilización desde el modelo social patriarcal para dominar a las mujeres a lo largo de la historia nos habla Rosa María Cid López en "Madres y maternidades. Algunas aportaciones sobre los modelos de la cultura clásica" (Cid, 2007, pp.35-39). En alguno de los trabajos de M^a José Ruiz Somavilla de la Universidad de Málaga (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2001), hemos podido ampliar nuestro conocimiento sobre el doble discurso franquista respecto a la maternidad, que por una parte responsabilizaba a las mujeres del cuidado de los hijos y por otra, manifestaba una total desconfianza en sus capacidades para ello, haciendo recaer la solución al problema en la clase médica. Aunque ella ha profundizado sobre el tema en Andalucía, su análisis es extrapolable al resto del país.

Una reflexión más global desde la historiografía en torno al tema de la maternidad se recoge en "Debates sobre la Maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)" (Franco, 2010). Este texto contiene varios artículos que analizan desde la perspectiva de la *Historia de las Mujeres y de las Relaciones de*

Género, la trayectoria histórica de este hecho sustancial en la vida de las mujeres profundizando en los diferentes aspectos que engloba la maternidad: el embarazo, el parto, el aborto o los métodos anticonceptivos que han sido contruidos culturalmente en los distintos contextos históricos a partir de tratados religiosos y, sobre todo en los años de nuestra investigación, en la literatura médica y científica. Ha resultado especialmente interesante para nuestro trabajo el artículo de Bolufer (2010), "Madres, maternidad: Nuevas miradas desde la historiografía" (pp. 51-83). Coincidimos con la autora en la riqueza que suponen las distintas aproximaciones al tema desde el pensamiento feminista porque contribuyen a superar la dicotomía existente: por un lado, la maternidad como algo siempre adscrito a las mujeres, suponiendo para ellas un obstáculo a la igualdad o una compensación engañosa o, por el contrario, su idealización, encontrando una relación de solidaridad y complicidad entre mujeres que, evidentemente, ha ignorado aspectos relacionados con la jerarquía y el conflicto que se han podido producir entre ellas.

Nos parece enriquecedor el abordaje de la maternidad en el panorama español desde la interdisciplinariedad, lo que, indudablemente, ha enriquecido el debate y ha ofrecido nuevas perspectivas. En este sentido, queremos resaltar la aportación de Lozano (2006), cuya reflexión resalta el papel de las representaciones de la maternidad en Occidente y cómo éstas condicionan nuestro pensamiento, situándonos en la actualidad en una maternidad intensiva que, por un lado limita la vida de las mujeres, pero por otro, impulsa hacia la necesaria transformación.

Queremos hacer referencia a un texto novelado escrito por una comadrona (Worth, 2012) que se ha convertido en una serie televisiva de gran audiencia. en su libro "¡Llama a la comadrona!" nos relata en diversos capítulos las experiencias de una joven

enfermera durante sus años de especialización como matrona. La importancia del texto para nuestro trabajo de investigación se basa en dos aspectos. Por un lado, habla de distintas experiencias de partos desde una visión profesional, expresando sus miedos y certezas, así como su relación con los médicos que en esos momentos se ocupaban de los partos difíciles y su empatía con las mujeres y las familias a las que atendió. El segundo aspecto que queremos resaltar de este trabajo es que relata la situación de pobreza y miseria de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial en un barrio del East End londinense. Las situaciones descritas para el caso inglés nos llevaron, salvando las distancias, a los problemas vividos en nuestro país durante lo que se ha dado en llamar el primer franquismo (1940-1959). La penuria y la escasez que sufrió la España de posguerra en los barrios obreros y que tiene paralelismos evidentes con la situación inglesa, está descrita con bastante verosimilitud en este libro.

Por último, ha resultado sustancial para nuestra investigación y apasionante la consulta de cinco tesis doctorales publicadas en los últimos años. Concha Germán Bes es la autora de "Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género" defendida en el 2006. En ella podemos rastrear la evolución de la profesión enfermera y la de matrona desde la antropología. M^a Jesús Montes Muñoz, matrona y antropóloga, defendió en el 2007 la tesis "Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos" donde se utilizan fuentes orales para contrastar las disimilitudes entre los discursos oficiales sobre la maternidad y las percepciones de las personas implicadas en el proceso del nacimiento. Aunque está menos relacionada con nuestra tesis, la consulta del trabajo de Sergio Quintairos Domínguez que fue defendido en el 2008 con el título "Del Practicante a la

Enfermera. 150 años de desarrollo profesional: El papel de los Colegios Profesionales”, nos aportó información relevante sobre la colegiación de las matronas. Para concluir este apartado de las tesis doctorales consultadas tenemos que citar dos investigaciones realizadas por matronas. Las dos se defendieron en el año 2009. La primera, en la Universitat de Barcelona por Josefina Goberna Tricas con el título “Dones i Procreació: Ètica de les practiques sanitàries i la relació asistencial en embaràs i naiximent”. En ella se analizan los procedimientos y técnicas realizados a las mujeres gestantes desde una perspectiva bioética. La segunda, en la Universitat Rovira i Virgili fue leída por Maribel Blázquez Rodríguez con el título “Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid”. Desde la antropología de la reproducción y con perspectiva de género se estudia un área sanitaria de la capital y las personas que intervienen durante el embarazo, parto y puerperio.

Toda esta literatura a la que hemos pasado revista en estas últimas páginas conforman la bibliografía primaria que sustenta este trabajo; una investigación que, como decíamos más arriba, se ha propuesto avanzar en el conocimiento de lo que significó la implantación de las grandes unidades hospitalarias de los años setenta respecto a la atención al parto de las mujeres valencianas. Ese objetivo nos ha hecho centrar el interés en un colectivo sanitario clave como son las matronas. Desde los tiempos que la memoria recuerda han sido mujeres las que han ayudado a las otras mujeres a parir. Más allá del papel que los médicos –varones— comenzaran a jugar en la sociedad burguesa, en nuestro país el parto fue un acto sanitario a domicilio, que en la época en la cual se desarrolla nuestro trabajo se producía básicamente con la ayuda de una matrona titulada. En el ámbito de la salud, el desarrollismo franquista se plasmó con la construcción de las llamadas Ciudades Sanitarias. Este

cambio, si por un lado mejoró sustancialmente la asistencia médica de la población en general, no dejó de tener efectos secundarios negativos en la medida que deshumanizó y tecnificó en exceso la asistencia a los pacientes. Un terreno en el que esto se hizo especialmente evidente fue en el de la atención al parto de las mujeres.

El texto que presentamos arranca en su orientación metodológica de lo que llamamos una perspectiva de género. No podría ser de otra forma. Aquí vamos a encontrar mujeres en los diversos planos en los cuales, a efectos analíticos, diseccionamos la sociedad que transitó desde la larga noche de la dictadura hasta los primeros pasos y el afianzamiento posterior de la sociedad democrática. La perspectiva de género, pues, nos va a conducir inicialmente desde las hipótesis de partida hasta la elaboración de un estado de la cuestión. Por tanto, abordaremos una revisión de la bibliografía primaria y secundaria e incorporaremos fuentes primarias. Entre éstas cabe destacar, –además de las de procedencia jurídica, imprescindibles para el conocimiento de la evolución del marco legal cambiante–, las fuentes orales. Realizamos un acercamiento a la realidad de las mujeres –matronas y mujeres de parto–, a partir de sus vivencias, sus experiencias y su subjetividad. Analizaremos sus discursos buscando la existencia de contradicciones internas, solapamientos o tensiones con otros discursos existentes.

Este no será, sin embargo, un trabajo de historia oral, sino un texto en cuya elaboración contaremos con fuentes orales, y la distinción no es banal, como se podrá comprobar más adelante. Trabajaremos, como hemos dicho, con unas informantes que son matronas jubiladas en la actualidad y que desarrollaron su actividad profesional durante la segunda mitad del siglo pasado y con matronas, unas jubiladas y otras en activo que tuvieron relevancia

en la conformación de la atención al parto en el hospital durante el tiempo que abarca nuestro trabajo, bien por su participación en la gestión –donde pudieron plantear cambios en la organización y la forma de trabajo de las matronas-, bien porque ejercieron su profesión en el ámbito asistencial, o bien porque se implicaron en la docencia de las personas que más adelante se convertirían en sus relevos. Los testimonios de la muestra elegida de informantes tendrán para nosotros el carácter de documentos primarios. De las preguntas que hagamos a nuestras fuentes primarias, a la luz de los conocimientos que habremos obtenido de la bibliografía y del diálogo que entre ellas establezcamos, se deriva el trabajo que ahora sometemos a la valoración del tribunal.

Nuestras hipótesis de trabajo han sido fundamentalmente tres: la primera, que durante estas décadas asistimos a una pérdida de autoridad de las matronas en el proceso de ayuda y colaboración con las mujeres de parto. Y ello, en beneficio de los médicos varones y del desarrollo de la técnica hospitalaria utilizada, a nuestro parecer, abusivamente. La segunda, que los protocolos asistenciales de los paritorios también diluyen el peso efectivo de las mujeres en las decisiones de su propio parto en beneficio de una comodidad médica, mejor o peor emboscada en la seguridad asistencial.

Nos preguntamos también si se puede hablar de una cierta resistencia por parte de las matronas ante esta pérdida de autoridad y autonomía. Una resistencia a su pérdida de centralidad como profesionales de la asistencia al parto y a la disolución de la voluntad de la mujer parturienta en beneficio de su consideración como enferma hospitalaria. Arriesgamos, eso sí, una tercera hipótesis: es posible que podamos hablar de una cierta resistencia de las matronas, pero en cualquier caso esa resistencia se desarrollará mediante estrategias de no confrontación.

Para poder demostrar o refutar nuestras hipótesis planteamos como objetivo general **Analizar los cambios que se produjeron en la asistencia al parto en la segunda mitad del siglo XX como consecuencia de las transformaciones políticas y sociales.** Para ello nos proponemos como objetivos específicos:

- Analizar las reacciones de los obstetras del Hospital Maternal La Fe ante la implantación del nuevo Plan de Estudios de la especialidad de matrona en las tres primeras promociones.
- Averiguar las consecuencias resultantes para las matronas en el tránsito de pasar de atender los partos en los domicilios a realizarlos en una institución sanitaria.
- Explorar los cambios producidos en la gestión del Hospital Maternal La Fe de Valencia desde 1971 hasta 2000.
- Realizar una aproximación a los cambios que experimentaron las mujeres que parieron en la segunda mitad del siglo XX.
- Describir las modificaciones en cuanto al número de hijos por mujer y evidenciar el aumento del número de partos instrumentados y de cesáreas en el último tercio del siglo XX.
- Reflexionar sobre las modificaciones que supuso la presencia de las matronas en los equipos de Atención Primaria.

- Demostrar que la pérdida de poder que experimentaron las matronas tras su incorporación al hospital, sin embargo, mantuvo el reconocimiento de su saber por parte de las mujeres atendidas.
- Analizar las repercusiones percibidas por las mujeres como consecuencia de la variación del escenario en la asistencia al parto.
- Averiguar las estrategias utilizadas por las matronas para mantener su dignidad profesional y la de las mujeres que atendieron.

Más allá de esta introducción, presentamos nuestro trabajo dividido en cinco capítulos, a los cuales añadimos uno final de conclusiones.

En el primero de los capítulos, el que titulamos *De teoría y metodología*, vamos a hablar de la categoría género y sus implicaciones y repercusiones en la historia de la ciencia, expondremos las distintas aportaciones desde la teoría feminista al campo de la salud de las mujeres, argumentaremos la pertinencia de la utilización de fuentes orales para investigación histórica y expondremos la metodología utilizada para el tratamiento cuantitativo de las encuestas realizadas.

En el segundo capítulo –bajo el título de *Breve historia de las matronas y del arte de partear*–, nuestra intención es dotar al tribunal que ha de juzgar estas páginas de un mejor conocimiento sobre nuestro objeto de estudio a lo largo de un muy extenso período que arranca en la antigüedad y llega hasta las puertas del siglo XX.

En el tercer capítulo, entramos de lleno en los descriptores fundamentales de este texto: matronas, mujeres, partos, memoria, testigos, historia. Lo hemos titulado *Mujeres, matronas y partos. De casa al hospital*. Abordaremos en él los antecedentes más próximos de lo que constituye nuestro interés investigador fundamental. Dotamos de raíces a nuestra propuesta académica para centrarnos como historiadoras en 1959. Una fecha, como sabemos, emblemática: el Plan de Estabilización franquista marca el inicio del llamado desarrollismo que es, como hemos avanzado páginas atrás, la puerta de acceso a nuestra investigación. Dedicamos un epígrafe a los avatares que acompañaron la construcción y puesta en funcionamiento en 1971 del Hospital La Fe por ser el eje vertebrador de nuestra investigación. Los cambios sociales, políticos, económicos y culturales que se inauguraron en la década de los sesenta del siglo XX, todavía en plena dictadura franquista, tuvieron su continuidad con la rotura del corsé que el régimen que había resultado victorioso en la guerra civil parecía querer perpetuar. El franquismo ya no podía sintonizar con una España que experimentaba unos acelerados cambios sociológicos. Los sectores más dinámicos de la empresa y las finanzas, cobijados de mayor o menor grado a la sombra del régimen de El Pardo, entendían que el futuro era Europa, y que en ella no cabía un sistema anacrónico y antidemocrático. La oposición antifranquista, por su parte, mantenía un pulso cada vez más atrevido con el régimen. Todo ello abocó a España hacia la reforma democrática, que no a la ruptura, en la que la correlación de fuerzas determinó el resultado final.

El cuarto capítulo, con el título *Mujeres, matronas y partos. Evolución y cambios en el parto hospitalario. Los últimos treinta años del siglo XX*, nos permitirá ahondar en la forma de asistir el parto en un gran centro hospitalario: el Hospital Maternal La Fe de Valencia. Pero lo haremos a partir del testimonio de las matronas, tanto las

que tuvieron la responsabilidad de la gestión como de las que promovieron cambios, con una visión transformadora de la realidad existente y teniendo que mantener una resistencia activa ante posiciones más inmovilistas. Este capítulo abarca desde los últimos años del franquismo- que contemplan hechos tan relevantes como el asesinato de Carrero Blanco en 1973 a manos de ETA, en los cuales se producen reuniones entre personas relevantes de la política y de la economía que gestan la denominada Transición a la Democracia, la promulgación de la Constitución de 1978 que constituiría el texto legal que orientaría, no sin sobresaltos ni sin fuertes fricciones, la conformación de la democracia española, - hasta 1996 donde finaliza el último gobierno de Felipe González (PSOE) y llega José M^a Aznar (PP) a la presidencia del gobierno español .

El tercer y el cuarto capítulos los vamos a desarrollar en tres planos que, solo a efectos de análisis, diferenciamos: el de la historia general, el de la historia de las mujeres y el de la historia de la sanidad. Lógicamente, no encontrará la persona que lo lea síntesis más o menos exitosas de estos tres planos, sino una exposición determinada por el interés que anima este trabajo de investigación. Es decir, que subordinamos nuestro análisis de los tres niveles a las necesidades de la investigación sobre las matronas y el cambio social. Es ambos capítulos hemos recopilado la información suministrada por nuestras informantes en documentos primarios. Son esos documentos a los que hemos interrogado, como sugería el maestro Bloch (2001); son ellos con los que hemos entrado en diálogo desde las fuentes bibliográficas. El resultado se verá en estas páginas.

En cuanto al límite final, tal y como establece el título de esta investigación, el marco cronológico es el de la segunda mitad del siglo XX, aunque ello debe ser entendido sin rigideces. Arrancamos en los años cincuenta, y nos movemos en torno a las profundas

modificaciones que comienzan a producirse en la España del franquismo desde 1953 y, con más contundencia desde 1959. La baliza temporal final es, igualmente, bastante flexible. Por una parte, el punto final de nuestra investigación puede datarse en los años 1995/1996. En estos momentos se produjeron dos situaciones de enorme trascendencia para el tema investigado. En el sentido de cambio social fue el año de la victoria del Partido Popular en las Elecciones Generales, con lo cual las directrices políticas se inclinaron hacia una tendencia conservadora que en el tema sanitario empezó a tender las bases de la privatización del sistema público de la asistencia sanitaria a la que estamos asistiendo en la actualidad. En el plano académico, 1996 fue el año en que obtuvo su titulación la primera promoción de matronas del nuevo sistema de formación homologado por la Comunidad Europea.

No obstante, determinados procesos han seguido siendo motivo de nuestro interés, incluso hasta entrado ya el siglo XXI. Ha sido, creemos, tan necesario como enriquecedor el no detenernos en los cambios que estaban en marcha con la llegada al poder, autonómico y central, del Partido Popular. Las grandes decisiones que se fueron tomando por parte de los gobiernos de José María Aznar, como por parte de los responsables del *Consell de la Generalitat Valenciana* comenzaron a surtir efecto de manera no automática ni simultánea con la toma de las riendas por ambos ejecutivos, hecho éste que avala nuestra decisión de no finalizar nuestra investigación de forma abrupta.

En el capítulo cinco, que hemos titulado *Mujeres y Partos*, mostraremos los resultados del análisis de 250 encuestas semiestructuradas que realizamos a las mujeres que contaron sus experiencias y su valoración de los partos –tanto de los vividos en el propio domicilio como los que acontecieron en el hospital-. Nos proponemos analizar las continuidades y las rupturas que se hayan

producido a lo largo de estos años en la asistencia al parto y que estarán determinadas por diversos factores como son la institucionalización de los nacimientos, el desarrollo de la Ley General de Sanidad con la puesta en marcha de las consultas de Atención Primaria y el papel determinante que prestan las matronas, la *normalización* de la instrumentación del parto y el desarrollo de la industria farmacéutica entre otros.

Finalmente, en el capítulo de conclusiones, vamos a retomar nuestras hipótesis de trabajo, para enunciarlas como tesis, matizarlas o descartarlas.

Capítulo 1. De teoría y metodología

1.1.- En torno a los fundamentos teóricos.

Como es sabido el varón ha sido durante mucho tiempo el sujeto histórico por excelencia y, por analogía, las mujeres han sido incluidas en la generalidad en los documentos escritos. A pesar de que las periodizaciones admitidas por la historia tradicional no funcionaban cuando se tomaba en consideración a las mujeres y de que existían pruebas de que ellas habían influido directa o indirectamente en los acontecimientos de la vida pública, durante siglos fueron las eternas olvidadas (Morant, 2005) y hubo que esperar hasta finales de los años setenta del siglo XX para que, con el desarrollo de la segunda oleada del feminismo como movimiento social y político de transformación de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, se planteara la necesidad de intervenir en el discurso científico desde una perspectiva crítica y reflexiva sobre los modos de elaboración del saber. Surgieron diversos enfoques historiográficos que bajo el epígrafe de *La historia de las mujeres* (Hernández Sandoica, 2004) tenían el propósito de rescatarlas de la invisibilidad a la que habían estado sometidas, dotándolas de la relevancia que tenían como sujeto y como objeto histórico, en función de su peso demográfico y de su participación en el crecimiento y en el desarrollo de las sociedades de las que habían formado parte: "...no podrían añadir un suplemento a la Historia para que las mujeres pudieran figurar en el decorosamente? (Morant, 2005)".

Fue a partir de la polémica suscitada por el ensayo filosófico de Simone de Beauvoir *El segundo sexo*, publicada en 1949, cuando se inicia el debate que culminaría con la construcción de la historiografía feminista. Beauvoir empezó cuestionando

determinados presupuestos heredados de la Ilustración. Los historiadores del momento aceptaban de buen grado la doctrina roussoniana que afirmaba que las mujeres pertenecían *por naturaleza* al ámbito de lo privado y por ello estaban ausentes del mundo público y de la política. Ante el esencialismo determinista que justificaba la superioridad y el dominio del varón y el sometimiento de la mujer a causa de su biología, Beauvoir planteaba que habían sido las normas y leyes sociales, la cultura y el poder de los hombres, los que a través de los siglos habían puesto límites a su acción social y política, ubicándolas en una condición de subalternidad.

El otro tema que -a pesar del poco interés que suscitó entre los intelectuales de su tiempo- sería fundamental para las disciplinas humanistas es el de la construcción cultural e histórica de las identidades de los sujetos. Beauvoir negó que la vocación natural de la mujer fuera la maternidad y se opuso a los presupuestos del psicoanálisis que afirmaban que el hijo representaba para la madre lo mismo que el pene para el varón. También manifestó su disconformidad con el denominado instinto maternal apoyándose en testimonios de la literatura y en historiales clínicos. En ese sentido, treinta años después, la historiadora feminista E. Badinter realizó una investigación sobre el amor materno desde los siglos XVII al XX demostrando que no se puede hablar de instinto y sí de la influencia de los usos y las costumbres en cada momento histórico, que son los que marcan los comportamientos sociales (Badinter, 1981).

Los antecedentes de la historia de las mujeres hay que buscarlos, como sabemos, en la relación entre las diversas ciencias sociales, cuestionando planteamientos tradicionales sobre la consecución científica de la verdad. Se ha partido de los trabajos de la antropología social centrados en el estudio del otro -otras sociedades, otras culturas-, de la profundización en el tema de la

familia, o de la *historia de las mentalidades* con su interés por el ámbito privado y por la vida cotidiana de las personas, tomando en cuenta su faceta individual y subjetiva. Surgieron las primeras intervenciones en cuanto al concepto de etnocentrismo, cuestionando la creencia generalizada en el mundo académico de la superioridad de los propios valores y creencias que había contribuido a la legitimación de la desigualdad entre poblaciones y grupos sociales². En cuanto al debate historiográfico, las principales aportaciones realizadas por el feminismo han ido en el sentido de reformular dos términos: lo considerado político y lo tenido por cultural, admitiendo la subjetividad como mecanismo cognitivo y proponiendo una reescritura de la historia que incluya la reflexión profunda sobre el sujeto histórico consciente, como plantea Borderías (1990), (Hernández Sandoica, 2004, p. 36).

Otra aportación importantísima es la introducción del concepto de política dentro de la historia de las mujeres, superando los planteamientos antes comentados de “esferas separadas” en las cuales se situaban los conceptos binarios de sexo o política, familia o nación, mujeres u hombres, haciendo imposible una interpretación de los hechos relacional o multicausal. En ese sentido, nos sumamos a la reflexión de E. Hernández Sandoica cuando afirma que “la historia de las relaciones de género resulta ser por tanto la aplicación historiográfica de un planteamiento alternativo en las ciencias sociales” (Hernández Sandoica, 2004, p.42-43). La utilización del término *política* se había realizado hasta entonces, casi

² Actualmente, tanto el orientalismo, el postcolonialismo y los estudios de género, recogidos bajo el epígrafe *Cultural Studies* constituyen un innovador grupo de trabajo, procedente de los Estados Unidos, que orienta sus investigaciones con un enfoque humanista científico.

exclusivamente, cuando se hablaba de la relación entre el feminismo y el sufragismo. Colaizzi afirma que hacer teoría del discurso de las mujeres es una toma de conciencia del carácter histórico-político de lo que llamamos realidad y, además, es "...un intento consciente de participar en el juego político y en el debate epistemológico para determinar una transformación en las estructuras sociales y culturales de la sociedad" (Colaizzi, 1990, p.20). En definitiva, se trata de introducir las experiencias de vida y la subjetividad de las mujeres en la reflexión histórica con la misma categoría que las actividades públicas y políticas, sin olvidar la legitimidad que ha proporcionado el discurso científico, político o religioso a las actividades realizadas por los varones.

Desde el feminismo se planteó el paralelismo que se producía con la disciplina antropológica en cuanto al concepto de androcentrismo, que había generado una serie de sesgos relacionados con el sujeto que estudia -selección y definición del problema-, con la sociedad observada y, en tercer lugar, con las categorías, conceptos y enfoques teóricos utilizados en una investigación. Para resolver estos problemas se incluyó la perspectiva de las mujeres en dichas investigaciones, adoptando el *género* como categoría de análisis (Maquieira, 2001, pp. 128-129), procedente del debate feminista americano. Como sabemos, J. Scott (1990) definió el género como un modo de pensar y analizar los sistemas de relaciones sociales como sistemas también sexuales y una manera de señalar la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres: "...una construcción cultural y social que se articula a partir de las definiciones normativas de lo masculino y de lo femenino, la creación de una identidad subjetiva y las relaciones de poder tanto entre hombres y mujeres como en la sociedad en su conjunto" (Scott, 1990, p. 43).

Inmediatamente se presentó el problema de clarificar si existía una uniformidad que permitiera escribir una historia común de las mujeres, haciéndose necesaria la elaboración de un concepto de género que pusiera de manifiesto el carácter cultural y social de las diferencias sexuales, superando las explicaciones biológicamente deterministas y filosóficamente esencialistas (Morant, 2000, p. 295).

Coincidimos con quienes defienden que ello permitió avanzar en el camino para desvelar el origen de la construcción de las relaciones de poder y la desigualdad entre los sexos, así como para pensar los procesos por los cuales se había construido –y todavía se mantiene- la diferencia sexual y las formas cambiantes que ésta adopta, vinculando directamente lo personal y lo social, el individuo y la sociedad, lo material y lo simbólico, la estructura y la acción humana, situando la experiencia vivida en el centro mismo del orden cognitivo (Hernández Sandoica, 2004, p.35).

La pregunta a resolver era, en nuestra opinión, ¿son tan marcadas las diferencias biológicas entre varones y mujeres que justifican los distintos papeles y responsabilidades que ambos desempeñan en la sociedad? Ya desde los clásicos se había argumentado que las diferencias entre los sexos –y entre las clases sociales- venían determinadas por la naturaleza. Este determinismo biológico ha sido reelaborado hasta nuestros días, tomando fuerza esta teoría a partir de los estudios de Darwin sobre el origen de las especies, justificando las diferencias genéticas como un mecanismo para adaptarse al medio. Tanto desde la biología como desde la psicología se han realizado críticas a la sociobiología, porque apoyándose en la selección natural se justifican algunos comportamientos que generan desequilibrios de poder entre las personas –xenofobia, homofobia, dominación masculina o estratificación social-. Como ha señalado la bióloga

(Bleier, 1984) habría mayor justificación científica para explorar y tratar de entender la gran variedad entre los individuos que la engañosa supuesta diferencia entre los sexos. También desde la antropología, Verena Stolcke afirma que "el estudio tanto de la *diversidad* como de las *semejanzas* entre los seres humanos y las sociedades es una tarea irrenunciable" (Maquieira, 2001, p. 165).

La sociedad victoriana, en la cual las ideas de Darwin rompieron con siglos de superstición, fue la que se propuso crear un modelo de relaciones de género basado no en cómo eran las mujeres en la realidad, sino en cómo ellos, los hombres, consideraban que debían ser: el varón se tenía que desenvolver en el mundo público y la mujer en la esfera doméstica. Esta dicotomía que se pretendió universal y ahistórica en la experiencia vital de los seres humanos, ha sido criticada desde el feminismo por diversas autoras que desde la antropología plantean la toma en consideración del contexto, es decir, el conjunto de características ecológicas, históricas, sociales, económicas y culturales que combinadas de una manera particular, configuran las prácticas, los procesos y las relaciones sociales (Maquieira, 2001, p. 146). M. Rosaldo afirma que existe —contrariamente al supuesto modelo homogéneo y universal— una gran diversidad por cuanto hace a los papeles desempeñados por las mujeres y por los hombres, ya que en función de la sociedad observada son realizados por unas u otros. Sí que existe, sí que se constata, esta vez sí con carácter universal, que en todas las sociedades las actividades atribuidas a los varones gozan de mayor consideración que las efectuadas por las mujeres. De esa valoración diferenciada se deriva que sean ellos quienes detenten el poder y la autoridad (Maquieira, 2001, p. 148).

Esta división del trabajo que genera desigualdades solo tiene un hecho biológico incuestionable y es que tanto la gestación

como el parto se producen en el cuerpo de la mujer. El que a partir del nacimiento de los hijos, la mujer se haya dedicado no solo a la alimentación y al cuidado de sus crías, sino que también - por extensión- al del resto de los miembros de la unidad familiar, es una construcción cultural y socialmente aceptada.

Del mismo modo que se elaboró la dicotomía entre el espacio público y el doméstico, este planteamiento se extendió hasta otros conceptos de manera binaria, con valoraciones positivas y negativas de los mismos en función de que representaran categorías que se asimilaban al varón o a la mujer. Nos referimos a los binomios cultura/naturaleza, trabajo/hogar, razón/sentimientos o producción/reproducción, como simplificaciones realizadas para representar la vida de los hombres y de las mujeres. Uno de los primeros planteamientos de la crítica feminista fue revisar cómo dichos dualismos formaban parte del esquema conceptual de la ciencia moderna y cuáles eran las posibilidades de modificar dichas herramientas conceptuales. En cuanto a las atribuciones otorgadas a la privacidad, cuando se refieren al mundo masculino hacen énfasis en la individualidad; por el contrario, cuando se habla de la privacidad femenina se refiere a todo lo contrario, una especie de negación de la propia individualidad para dedicarse a los demás.

Uno de los problemas derivados de los planteamientos dualistas ha sido la preeminencia otorgada a la producción sobre la reproducción, con la consiguiente devaluación e invisibilidad de las actividades realizadas por las mujeres, ya que éstas se han realizado principalmente en la esfera doméstica, donde no se intercambia un salario. Diversos trabajos como los ya citados de Maquieira y Borderias, o los de otras autoras, han cuestionado dichos modelos teóricos proponiendo una redefinición del concepto de trabajo a partir de las actividades y aportaciones sociales y

económicas efectuadas por las mujeres, y no desde la lógica de los planteamientos hegemónicos.

Como avanzábamos al principio, desde los años setenta y ochenta del siglo XX se empezó a trabajar con el concepto de género, con el objetivo de desentrañar ese complejo proceso de construcción de la diferencia entre hombres y mujeres que la convierte, rotundamente, en desigualdad. En un primer momento la tendencia que se siguió estaba relacionada directamente con los procedimientos de la historia social (Bolufer, 1999, pp.531-550), haciendo énfasis en aquellos aspectos tradicionalmente significativos en las vidas femeninas como la maternidad o el parto, el trabajo y la riqueza o la pobreza, procesos entre los cuales discurrían sus vidas. Posteriormente, las historiadoras reconocerían el valor de las fuentes narrativas donde se escribía sobre *lo que eran y lo que debían ser* las mujeres, casi siempre por manos masculinas. También se rastreó en la literatura, incluso la considerada menor, como es el género epistolar donde se encontró la palabra de algunas mujeres. Se investigaron pequeños documentos relacionados con la vida privada y documentos judiciales donde algunas mujeres planteaban sus quejas ante los abusos de las autoridades, de sus maridos o de sus familias (Morant, 2005, p. 11). El análisis de estos textos ha puesto de manifiesto que las mujeres no siempre fueron críticas con el pensamiento y las actitudes que las sometían. Sin embargo, se ha podido reconocer que en muchos casos trataron de modificar las cosas a su favor, actuando desde los espacios que les eran más favorables como la casa, la familia, la religión o la educación de otras mujeres.

El siguiente paso consistió en distinguir entre sexo y género, ya que esta nueva dualidad se derivaba de otra más amplia: naturaleza y cultura, con la pretensión de trasladar a las mujeres

desde el eterno mundo de la naturaleza al otro más elaborado de la cultura, del cual eran sujeto y objeto al mismo tiempo. Se define el sexo como el conjunto de características genéticas, hormonales, genitales y cromosómicas que se visualizan en los cuerpos de las personas. El término género se utilizó para detallar la construcción cultural de lo femenino y lo masculino³ (Hernández Sandoica, 2004, p. 40), (Bock, 1991, p. 51). En ese sentido, es fundamental la aportación de la antropóloga feminista Gayle Rubin, que ya en 1975 publicó un artículo que ha servido de referencia en posteriores teorizaciones feministas, en el cual afirmaba que entre los hombres y las mujeres son muchas más las similitudes que las diferencias, por tanto, "la idea de que hombres y mujeres son dos categorías mutuamente excluyentes debe surgir de algo diferente a una oposición *natural* inexistente". (Rubin, 1986, pp. 95-145)

Coincidimos con las autoras que plantean que al utilizar el género como categoría analítica se hace necesario dividir el concepto en diversos componentes para dotarlo de operatividad y, posteriormente, entender las relaciones entre los mismos. Dentro de la categoría género, entendida como un proceso multifactorial, formarían parte conceptos como la *división del trabajo*, que consiste en una asignación estructural de tipos particulares de tareas a categorías particulares de personas; *la identidad de género*, entendida como el complejo proceso elaborado a partir de las definiciones sociales y las autodefiniciones de los sujetos; *las atribuciones de género*, que se refieren a los criterios sociales,

³ En el texto ya clásico *La creación del patriarcado*, G. Lerner define el género como la construcción cultural de la conducta que se considera apropiada a los sexos en una sociedad y en un momento determinados. También Bock concluye que la utilización del género como herramienta analítica persigue el objetivo final de "un enfoque de la historia general que no sea neutro con respecto al género sino que lo incluya".

materiales y/o biológicos que las personas de una determinada sociedad utilizan para identificar a los hombres y las mujeres a partir del conocimiento de las diferencias anatómicas; las *ideologías de género*, que se definen como sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian los hombres y las mujeres; *símbolos y metáforas culturalmente disponibles* que son representaciones simbólicas y a menudo contradictorias; *normas sociales*, entendidas como expectativas ampliamente compartidas que prejuzgan la conducta adecuada de las personas que ocupan determinados roles sociales. Otro elemento a tener en cuenta son las *instituciones y organizaciones sociales* en las cuales se construyen las relaciones de género, como la familia, el mercado de trabajo, la educación y la política, que son capaces de crear normas de comportamiento que se transmiten de una generación a otra.

En el ámbito de la sanidad uno de los conceptos más interiorizados es el de *estereotipo*. Un estereotipo de género es una creencia u opinión, sin base científica, según la cual algunas actividades, profesiones o actitudes son más propias de un sexo o del otro. Uno de los estereotipos más generalizado en el sistema sanitario es aquél según el cual las mujeres se dedican a cuidar mientras que los hombres se centran en la tarea de curar. La jerarquización en las instituciones sanitarias recuerda el reparto de papeles en la familia tradicional, donde el marido-varón —y en este caso médico—, es quien toma las decisiones y la esposa-mujer —y en nuestro ejemplo enfermera—, tiene una posición subalterna. Subyace una concepción evidente, que atribuye al sexo masculino el dominio de la técnica y de la ciencia, mientras que las mujeres cuentan con una serie de destrezas y capacidades innatas que las convierten en mejores cuidadoras. La presencia o la ausencia de las mujeres en puestos de responsabilidad en el

ámbito de la salud está asociada a varios factores, entre los que cabe destacar el que está relacionado con otro de los estereotipos de género: el que niega la capacidad de ejercer autoridad a las mujeres. La autoridad es una cualidad que se vincula con lo masculino —tal y como hemos argumentado anteriormente— mientras que, tradicionalmente, el papel de las mujeres ha sido asociada al de la sumisión. Tanto es así que —a la hora de acceder a responsabilidades de dirección— a las mujeres se les exige mayor demostración de conocimientos, saberes y habilidades profesionales que a sus compañeros hombres.

Además, el peligro de *naturalizar* el cuidado como algo propio del sexo femenino es que se tiende a percibir el cuidado como algo vinculado a lo doméstico aunque se desarrolle en el contexto hospitalario. La propia *naturalización* de los cuidados implica una desvalorización de éstos, ya que lo natural es innato, no conlleva esfuerzo y, por lo tanto, no es valorado.

Finalmente, la categoría más trascendental de la que vamos a ocuparnos en este texto es la del *prestigio*, entendido como un valor y un reconocimiento otorgado a partir de las relaciones sociales que, en contadas ocasiones, tiene una relación directa con el poder material.

Este último concepto es de especial relevancia en el caso de uno de los oficios realizados tradicionalmente por mujeres. Nos referimos al hecho más trascendente para el mantenimiento de la especie, como ha sido desde tiempos inmemoriales la asistencia a las mujeres en el momento de su parto. Este trabajo ha sido durante siglos, doblemente devaluado; en primer lugar, sencillamente, por ser realizado por mujeres y en segundo lugar por ser un trabajo manual. Sin embargo, fue a partir del siglo XVII, con la llegada de los cirujanos —varones— al mundo de la obstetricia, cuando ésta se convirtió en un trabajo de enorme

prestigio porque la dirección del mismo iban a ostentarla los varones y porque ellos iban a aportar el conocimiento científico que, como sabemos, hasta el siglo XX estuvo monopolizado por éstos.

Es verdad que desde los albores del siglo XX la situación comenzó a cambiar, y las mujeres comenzaron a ganar tímidamente cierto espacio en el ámbito público, especialmente de la mano de las valerosas mujeres republicanas y laicistas. No lo es menos que siguieron encontrando muchas resistencias incluso entre sus correligionarios varones, algunas fundamentadas en las barreras que se alzaban para la autonomía de las mujeres en tanto que tradicionalmente se las consideraba muy influenciadas por la Iglesia Católica. Sin embargo, como dice Ana Aguado, esta prevención nacía de cuestiones más profundas, ya que entroncaban: "en la ancestral misoginia patriarcal, y en sus discursos y mecanismos de control social, de los cuales no estaban exentos ni mucho menos los republicanos"(Aguado, 2002, p. 107).

Con el siglo XX, también a partir de la primera década, –como veremos más adelante–, las mujeres matronas comenzarán a tener un espacio de mayor visibilidad tanto en el ámbito de la formación académica como en el del reconocimiento profesional. Hablamos de cambios suaves pero significativos, siempre –eso sí– desde una concepción definida por la necesaria tutela de los hombres médicos.

1.2.- Androcentrismo, Género e Investigación en historia de la ciencia.

La construcción de la ciencia moderna a lo largo de los siglos XVII y XVIII se sustentó en una epistemología positivista

que propugnaba la objetividad absoluta, la neutralidad axiológica y la voluntad de independencia de cualquier contexto social o político. Como sabemos, sin embargo, no existe tal objetividad libre de discrepancias o influencias

En materia de salud, el papel ejercido durante siglos por la Iglesia como generadora y guardiana de las verdades incuestionables pasó, poco a poco, a detentarlo la emergente ciencia médica cuyas recomendaciones y criterios llegaron a convertirse —en tanto que nuevos paradigmas objetivos— en los dogmas de estricta observancia para los ciudadanos.

El androcentrismo tiene una especial incidencia en las ciencias que tienen como objeto de sus saberes al ser humano. Al identificar lo humano con lo masculino las mujeres quedan fuera de su campo de estudio, a excepción de los aspectos reproductivos. Por otra parte, como en cualquier otra rama de las ciencias, se invisibiliza la aportación de las mujeres al campo de la salud, que ha sido ingente a través de la historia, tanto en la praxis cotidiana como en los saberes acumulados a través de la misma.

Somos conscientes de las limitaciones que en ocasiones se han derivado de una utilización poco crítica del género como categoría de análisis: uso del término género en lugar de mujeres o sexo; hacer referencia a los dos géneros, masculino y femenino, reforzando las dicotomías y los roles asignados al hombre y a la mujer; hablar de las relaciones de género queriendo significar relaciones de complementariedad olvidando en el discurso el componente jerárquico que de ellas se deriva; usar la palabra género en lugar de feminismo como estrategia de despolitización; o, por acabar aquí, la tendencia a desligar la perspectiva de

género de otras categorías como clase, etnia o raza⁴. Estos errores, no obstante, han permitido avanzar hacia una re-conceptualización o re-definición del mismo.

En la investigación relacionada con las prácticas de salud se hace indispensable la utilización del concepto género por varias razones. En primer lugar porque la historia de la ciencia se ha construido desde posiciones androcéntricas, dejando en la invisibilidad la mayoría de las prácticas de salud que, secularmente, han sido realizadas por mujeres. También porque las enfermedades que afectaban al aparato reproductivo de las mujeres eran cuidadas y curadas por otras mujeres, siendo consideradas estas actividades de una categoría inferior. En sentido más estricto, el acompañamiento y la asistencia a los partos era una actividad que, tanto el discurso médico como el religioso, desaconsejaban –cuando no prohibían- realizar a los varones. Otra razón que avala la necesidad de recuperar la historia de las mujeres es que, desde tiempos inmemoriales, la realización de determinadas prácticas de salud ha sido patrimonio de las matronas, quienes se han situado fuera de la ciencia institucionalizada en función de que fueron pocas las mujeres que pudieron transmitir sus conocimientos por escrito y mantener su posición ante el saber hegemónico de los varones médicos o cirujanos.

La historia de la ciencia no ha sido ajena al comportamiento general de la historiografía y también ha construido su saber al margen de los conocimientos sobre salud, tanto científicos como profanos, que circularon en distintas épocas y en diferentes contextos sociales, sin preguntarse quiénes y cómo se habían

⁴ Para una información más detallada de las consecuencias de la utilización imprecisa o contradictoria de la categoría género ver (Ortiz, 2006, pp. 44-47).

elaborado, aplicado en la práctica y difundido entre la sociedad de su tiempo. No es extraño que algunas autoras al hablar de la invisibilidad de las aportaciones de las mujeres a la ciencia los denominen *saberes excluidos*.

Las comadronas dominaban un saber empírico y realizaban muchas técnicas obstétricas antes de que éstas alcanzaran el reconocimiento social y científico que les otorgó el pasar a ser de dominio masculino. Los saberes, pues, de aquellas matronas han de ser re-evaluados para que adquieran significado. Es por razones de este tipo que algunas investigadoras feministas proponen cuestionar los límites que definen lo que es ciencia desde el conocimiento legitimado. La filósofa (Arendt, 1996) nos da luz sobre la posibilidad de modificar los límites entre poder y autoridad en favor de esta última, otorgando valor a los textos científicos y médicos escritos por mujeres en la historia de la medicina y posibilitando el análisis de las prácticas de autorización o desautorización en las sociedades en las cuales alcanzan significado. Como sugiere Teresa Ortiz (Ortiz, 2006, p.72) *autoridad, autoría y pensamiento de la diferencia sexual* son conceptos que han posibilitado dar valor a las aportaciones de las mujeres y a su subjetividad, y han permitido sacar a la luz determinadas prácticas segregadas no solo como formas de exclusión, sino también como espacios de libertad y de construcción de identidades propias y de autoridad femenina.

Al estudiar las formas de organización de las actividades sanitarias y científicas es necesario introducir la perspectiva de género, porque las profesiones y las actividades sanitarias las construyen y las practican tanto hombres como mujeres, haciéndose patente la diferencia de oportunidades sociales de sus miembros en función del sexo, así como las relaciones de poder, de jerarquía y de autoridad que se dan dentro de una misma profesión o entre

profesiones distintas dentro de un ámbito similar. Un ejemplo de esto último es la asistencia al parto que es el eje de estas páginas, donde existe una tradición de práctica femenina durante siglos. Es necesario, pues, investigar sobre los posibles conflictos, pactos o rupturas entre los profesionales sanitarios, hombres y mujeres, y la superación o pervivencia de los mismos a través de los distintos momentos históricos.

1.3. Corrientes feministas y sus aportaciones en la salud de las mujeres

Al contemplar la salud de las mujeres desde una perspectiva de género nos encontramos con tres líneas cuya genealogía se ha sucedido cronológicamente pero, al no ser excluyentes, ha sido necesario ir avanzando hacia un nuevo enfoque sin dejar de investigar en el anterior, de manera que hemos de afirmar que la característica más llamativa es el eclecticismo. Las aportaciones a los modelos de salud que se han realizado desde las distintas corrientes feministas han ido confluyendo con los desarrollos de las teorías sobre la salud. Estas tres líneas sucesivas han influido en los modelos de programación, en la intervención y en la investigación en salud.

La primera hace referencia exclusivamente a la *Salud de las Mujeres* y viene determinada por el trabajo realizado por un movimiento feminista americano, el Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston que, a finales de los años 70 saca a la palestra el hecho de que el sistema médico se ha apropiado de los cuerpos femeninos y de sus funciones, aun en el caso de que no haya una patología que lo justifique. Se propone cambiar las condiciones de

vida de las mujeres, entender que éstas tienen unas necesidades diferentes que son consecuencia de la biología y que hay determinados aspectos que se tienen que auto gestionar: la reproducción, la sexualidad y la salud mental. Aunque puede considerarse pre-género, sigue vigente en la actualidad.

La segunda se encuadra dentro de lo que podemos denominar *Desigualdades de género en salud* y con el objetivo de alcanzar la igualdad y la equidad entre unas y otros, se propone realizar los estudios pertinentes para comparar la salud de mujeres y hombres de modo que se lleguen a conocer las desigualdades existentes, porque se entiende que las diferencias son injustas y, además, evitables.

El enfoque más avanzado se denomina *Análisis de género como determinante de salud y enfermedad* y pretende encontrar la razón por la cual se producen estas desigualdades que tienen su origen en las relaciones entre las mujeres y los hombres, la influencia de los roles sociales y de los modelos que utilizamos, por tanto contempla la subjetividad y las identidades de género. Solo conociendo donde están las causas, podrá afrontarse el origen de la discriminación hasta llegar a comprender que las diferencias existentes en función del sexo de las personas no tienen por qué llevar implícita una jerarquización en las relaciones sociales.

En cuanto a la parte de este capítulo dedicada a la interrelación entre las teorías de la salud con las teorías feministas, este trabajo es deudor del magnífico texto de Velasco (2009) "Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud". A lo largo del siglo XX se desarrollan tres grandes bloques en cuanto a teorías de la salud (Kuhn, 2001): el primero es el paradigma biomédico que contempla las teorías biomédica y social, el segundo bloque es el de teorías críticas, incluyendo la teoría socialista, la psicoanalista, la estructuralista, la

postestructuralista, la ecosocial y la biopsicosocial. El tercer bloque lo constituye la teoría feminista con sus distintas corrientes. Sobre estos pilares se construirá el denominado enfoque de género en salud.

Distintas corrientes se han ido sumando dentro de las propuestas del movimiento feminista, interrelacionándose entre ellas y conviviendo, hasta el punto de que muchas coexisten en la actualidad. Por ello consideramos oportuno realizar un somero recorrido por los aspectos más importantes de dichas corrientes y las aportaciones que han realizado al tema de la salud, basándonos en los trabajos de distintas autoras que con sus exhaustivos trabajos han analizado cada una de las distintas corrientes. Nos referimos a los trabajos de Juliet Mitchell (1974), Elizabet Fee (1983), Jane Flax (1990), Celia Amorós (1997 y 2005), Silvia Tubert (1990, 2001 y 2003), Elena Beltrán y Virginia Maquieira (2001), en la lectura de cuyos rigurosos textos se basa esta aproximación.

Como sabemos, la primera oleada del feminismo se desarrolló en Europa y EEUU desde la última década del siglo XVIII hasta principios del siglo XX y estuvo vinculada a la consecución del sufragio femenino. En los años 60 del siglo pasado comienza la llamada segunda oleada del feminismo en Estados Unidos con la corriente del *feminismo liberal*, que aboga por la igualdad de derechos y de oportunidades entre las mujeres y los hombres en lo que respecta al acceso a la educación, al trabajo y a los bienes sociales. El límite más importante de esta corriente, también llamada feminismo "blanco", es que habla de las mujeres como si se tratara de un grupo homogéneo sin tener en cuenta las diferencias de clase, etnia, condición social u orientación sexual. Se critica abiertamente las formas en que se manifiesta el poder de los hombres médicos en la asistencia sanitaria hacia las

mujeres. Según Betty Friedam (1963, pp. 78 y 208), su máxima exponente, se ejerce un autoritarismo en las consultas de ginecología tratándolas como niñas y también en las consultas de psiquiatría abusando de la prescripción de tranquilizantes, con el objetivo de domesticarlas para que sean sumisas en el cumplimiento de las exigencias a las que están sometidas en función de la sexualidad y de la reproducción.

Para el *feminismo socialista* la opresión que sufren las mujeres deriva de la lucha de clases propia de las sociedades capitalistas, por tanto no consideraron necesario militar en un movimiento distinto ya que el marxismo al crear una sociedad socialista, eliminaría la posición subordinada de la mujer dentro de la familia. Estos planteamientos fueron defendidos tanto por Alejandra Kollontai, que llegó a ser ministra tras la revolución de octubre, como por Rosa Luxemburgo, dirigente de la Liga Espartaquista (origen del Partido Comunista Alemán) asesinada en enero de 1919, quien llegó a enfrentarse con las tesis de Lenin reclamando la igualdad. Para ambas, no obstante, la opresión objetiva que la mujer padece no hace necesario que cristalice una causa feminista diferenciada del partido obrero, sino que aquella es un derivado de la lucha de clases por lo que su superación entra dentro de la estrategia del partido. Las limitaciones de esta corriente se han puesto en evidencia ya que, aún en sociedades socialistas o incluso, dentro de los partidos que las propugnan, la dominación sobre las mujeres se sigue manteniendo. En cuanto a las aportaciones de esta corriente al tema de la salud podemos destacar su planteamiento de que las desigualdades en la salud entre mujeres y hombres se derivan de la división originaria del trabajo en productivo y reproductivo, de manera que, por un lado existe una segregación laboral horizontal que hace que las mujeres se concentren en ciertos sectores y en ciertos puestos de trabajo;

y una segregación vertical, de modo que existe una desigualdad en cuanto a las posibilidades de acceso a las responsabilidades y a la jerarquía de puestos dentro de una misma profesión. Ponen en la palestra los riesgos para la salud derivados del entorno laboral y denuncian las cargas de trabajo que asume la mujer, debidas a los imperativos del cuidado y de la maternidad que no son reconocidas ni remuneradas y se añaden al trabajo laboral fuera del domicilio. Por tanto, dentro del feminismo socialista, hay que tener en cuenta la clase social y critican a la corriente liberal por hablar de “las mujeres” como si fueran un colectivo homogéneo.

A partir de los planteamientos enunciados por la corriente marxista, a finales de la década de los 60 y durante la del 70 del siglo XX, surge el llamado *feminismo radical* con el propósito de encontrar una explicación al origen de la opresión de las mujeres. Según sus autoras, la raíz de la dominación no solo tiene que ver con las consecuencias del sistema capitalista, sino que hay una estructura superior –el patriarcado- que es un constructo primario sobre el que se asienta toda sociedad (Millet, 1995, p. 70). Por tanto, es necesario actuar desde el movimiento feminista, incluso manteniendo una doble militancia con sus partidos políticos. Se considera que ejercen una crítica radical por dos motivos: en primer lugar porque buscan la raíz de la dominación de las mujeres y, en segundo, porque proponen una revolución sexual que será la que, según sus presupuestos, acabará con la estructura patriarcal. El texto más representativo de esta corriente es *Política Sexual* (Millet, 1995) cuya autora, analiza el patriarcado desde sus fundamentos biológicos, sociales, políticos y psicológicos. La revolución sexual se propone con un lema: “lo personal es político” (Haninsch 1969) y sugiere que es la política la que permite que dentro de los hogares, en la vida privada de las mujeres y los hombres, exista una forma de relacionarse y de asumir las

responsabilidades que se derivan de la vida en común. Proponen la emancipación de las mujeres, es decir, salir de la posición subordinada en la relación de poder con los hombres.

En cuanto a los temas de salud sus aportaciones son importantes. Se plantean romper con las ataduras ligadas a la reproducción y a la maternidad como institución, se involucran en la lucha por la liberalización del aborto y en defensa de la elección libre de la maternidad. También se manifiestan contra la prostitución, la pornografía y la violencia sexual. Entienden que las relaciones patriarcales de poder se reproducen en el campo de la salud, ejerciendo el médico el papel de padre, la enfermera el papel de madre y el o la paciente el papel de niño o niña. Por tanto, paternalismo y autoritarismo se ponen de manifiesto en el ejercicio de sus funciones. Al mantenerse la familia como institución fundamental se contribuye a la perpetuación del sistema y se mantiene a las mujeres como responsables de las funciones domésticas que se derivan de la maternidad y del cuidado, se impide la libre elección de la maternidad y se esconden los deseos de autonomía de las mujeres bajo los efectos de los tranquilizantes. Dan un paso más y realizan otra crítica al sistema sanitario que según esta corriente provoca una doble discriminación hacia las mujeres: por un lado como pacientes y por otro, porque son situadas en función de la distribución sexista de las profesiones sanitarias en puestos subordinados.

En los años 70 se produjo en EEUU el *Movimiento de Salud de las Mujeres* con el objetivo de oponerse al poder ejercido por el sistema médico, dando un empuje cualitativo, trabajando para que las mujeres fueran agentes de su salud y para que se crearan servicios de atención a sus necesidades que se encaminaran hacia el autoconocimiento y el autocuidado. Este movimiento se extendió también por Europa. Surgen así los *Grupos de Autoayuda* que tan

buen resultado han dado en nuestro país en la desmedicalización de la menopausia. Uno de los movimientos más representativo fue el *Colectivo de Mujeres de Boston*, citado anteriormente, que publicó en 1971 *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, reeditado hasta la actualidad con nuevas aportaciones y que ha pretendido poner en manos de las propias mujeres el saber sobre el cuidado de su propia salud.

La siguiente corriente dentro de la teoría feminista se basa en la recuperación del cuerpo femenino por las mujeres, haciéndose cargo de su sexualidad y de su maternidad que hasta entonces han sido gestionadas por los varones y que constituirá el germen del denominado *feminismo de la diferencia*. Nos referimos al *Feminismo Cultural* que parte de un cierto esencialismo al plantear que la opresión de las mujeres no deriva de las estructuras patriarcales sino de una naturaleza masculina dominadora y ahistórica según una de sus voces más importantes, la de Adrienne Rich. La heterosexualidad y no el patriarcado, como afirmaban las feministas radicales, es el origen de la opresión (Rich, 1986). Por tanto, las autoras más extremistas de esta corriente promoverán una separación y una crítica acérrima hacia lo masculino y defenderán el lesbianismo como la mejor opción, criticando el modelo de heterosexualidad obligatoria. Buscan la especificidad y lo esencial de las mujeres, que es anterior al lenguaje y a lo simbólico y de este modo, las aportaciones relacionadas con la salud se centran en teorizar sobre la existencia de una psicología femenina que permite recuperar el protagonismo y el valor de las funciones maternas, al tiempo que favorecerá la autonomía y el cuidado entre las mujeres. Promueven espacios de desarrollo personal entre las mujeres y luchan activamente contra la violencia masculina hacia las éstas y contra la pornografía.

Como hemos comentado anteriormente, durante los años 70 del siglo XX aparecieron y se consolidaron varias de las corrientes feministas que en la actualidad siguen con plena vigencia. La siguiente tendencia de la que vamos a hablar es el *Ecofeminismo* que, manteniendo la clasificación aportada por (Puleo, 2002. pp. 36-39) en un artículo publicado en el 2002, a su vez, tiene tres vertientes. El *Ecofeminismo clásico*, donde feministas con conciencia ecológica retoman la identificación de las mujeres con la naturaleza procedente del patriarcado y también algunas ideas del esencialismo femenino de la corriente cultural, para afirmar que las mujeres, en función de su biología, poseen cualidades maternas para la conservación de la vida y para ejercitar la ética del cuidado, es decir, le darán la vuelta a los planteamientos, para reafirmar estas cualidades de las mujeres como garantes de la continuidad de la vida, en contra de la tendencia destructiva hacia el planeta propia de la cultura masculina que nos ha llevado a las guerras y a la contaminación de la Tierra. En cuanto a las aportaciones a la salud, de esta corriente deriva la tendencia del parto natural, donde la mujer debe seguir sus propios instintos, lejos de la intervención del sistema médico que con frecuencia dirige -sin necesidad- la normal evolución del nacimiento. También la lactancia materna prolongada se adscribe a estas posiciones. No obstante, tenemos que añadir que tanto la lactancia materna como la evolución natural del parto han sido refrendadas por la evidencia científica, de manera que se alejan del esencialismo originario para situarse en perfecta sintonía con las recomendaciones de los organismos internacionales que trabajan por la salud. El problema reside en que estos aspectos relacionados con la maternidad y la crianza siguen estando infravalorados desde el androcentrismo, que

continúa siendo el que rige el valor que tienen las actividades que realizan varones y mujeres.

La segunda vertiente es el *Ecofeminismo espiritualista* que surge de la pobreza y la marginación en los países del denominado Tercer Mundo. Está liderado por Vandana Shiva y persigue que sean las mujeres las que tengan el control de los alimentos y del medio ambiente, ya que en sus países son ellas las que están vinculadas a los cultivos y se responsabilizan de la alimentación de sus hijos. Del mismo modo que los movimientos marxistas buscan el acceso a la producción y el control de los bienes por las clases sociales oprimidas, esta tendencia del ecofeminismo trabaja para que las mujeres dejen de ser explotadas, para que se deje de destruir el medio ambiente y para que ellas puedan controlar los bienes. Vandana Shiva realiza una seria crítica del desarrollo técnico occidental que ha colonizado el mundo entero:

“Lo que recibe el nombre de desarrollo, es un proceso de mal desarrollo, fuente de violencia contra la mujer y la naturaleza en todo el mundo (...) tiene sus raíces en los postulados patriarcales de homogeneidad, dominación y centralización que constituyen el fundamento de los modelos de pensamiento y estrategias de desarrollo dominantes (Shiva, 1995)” (Puleo, 2002, p. 38).

La tercera vertiente es el *Feminismo ecologista* o *constructivista*. Sus planteamientos comparten algunas posiciones anteriores como el antirracismo o el antielitismo, pero no están de acuerdo con el esencialismo de las clásicas ni con el espiritualismo que hemos comentado anteriormente. Está liderado por Bina Agarwal y se muestra crítica hacia el ecofeminismo espiritualista porque hace extensiva la explotación patriarcal y la relación de las

mujeres con la naturaleza a todas las mujeres del Tercer Mundo, sin tener en cuenta que éstas pertenecen a distintas clases sociales, a distintas castas y a distintas razas. Está de acuerdo en que la destrucción del medio ambiente afecta en mayor medida a las mujeres y al conjunto de las poblaciones de los países menos desarrollados, pero atribuye la responsabilidad a los grupos dominantes que monopolizan el poder y no solo al sistema patriarcal que, evidentemente, no es homogéneo para todas las mujeres. En cuanto a las aportaciones en el ámbito de la salud de estos dos últimos planteamientos ecofeministas, podemos destacar la puesta en marcha de acciones comunitarias y colectivas de empoderamiento de las mujeres en el Tercer Mundo, promoviendo acciones solidarias entre ellas para los cuidados relacionados con la maternidad y la crianza de hijas/os y el control de la producción de alimentos.

Influenciadas por cada una de las corrientes de pensamiento crítico que surgieron en el transcurso del siglo XX como marxismo, psicoanálisis, estructuralismo y postestructuralismo, las corrientes feministas se fueron nutriendo de cada una de ellas. Así llegamos al *Feminismo Psicoanalítico* en el que, a lo largo del siglo XX y comienzos del XXI, las complejas, fructíferas y en ocasiones polémicas relaciones entre el psicoanálisis y los feminismos teóricos, buscarán explicaciones a la creación y la perpetuación de los principios patriarcales. Estas relaciones, en ocasiones enfrentadas, otras veces difíciles y otras de convergencia, no pueden ser resumidas en unos párrafos porque sería un recorrido demasiado simplista y se dejarían de lado determinados matices y algunas ambigüedades, que han ido enriqueciendo con los sucesivos debates las teorías feministas (Flax, 1995 pp. 68-108) y que en la actualidad continúan vigentes. Por tanto, recogemos aquí lo que nos parece más importante de

esta corriente para el objetivo de nuestro trabajo: su contribución a los marcos teóricos sobre la salud teniendo en cuenta el enfoque de género. Esto es posible gracias a que se toma en cuenta la subjetividad en las distintas formas de enfermar.

Las psicoanalistas discípulas de Freud⁵ fueron las primeras que se acercaron a planteamientos feministas, buscando encontrar un modelo de feminidad no androcéntrico, es decir, que no se definiera a partir de sus diferencias y oposiciones con la masculinidad. Esta esencia de la feminidad predispone a un deseo y a un ejercicio instintivo de la maternidad y sugiere la figura de la madre, que de manera temprana será la que imprima su huella en etapas arcaicas del desarrollo infantil. En *El segundo sexo*, Beauvoir (1949) realizó una crítica a la teoría freudiana porque no cuestionaba la desvalorización y la desventaja social de la mujer, sino que parecía justificar una cierta inferioridad, considerando que era natural y que formaba parte del psiquismo. Sin embargo, sus críticas fueron puntuales y respetó el psicoanálisis, porque alejaba las explicaciones unicasales sobre problemas psicológicos basadas en razones biológicas y daba cabida a la significación que para cada persona tiene la vivencia de determinadas situaciones. A este planteamiento se adscribe veinticinco años después Mitchell (1974), explicando que Freud no indica cómo han de ser la mujer o el hombre para que respondan al modelo patriarcal, sino que estudia cómo son los individuos dentro de ese mismo sistema. Según la autora, las feministas hasta ese momento solo habían dado importancia a las cuestiones sociales ignorando lo que ocurría en el inconsciente, es decir, en la subjetividad. Mitchell desarrolla por primera vez la principal aportación del psicoanálisis

⁵ De sus discípulas, las más relevantes citadas por Tubert (2001) son Jeanne Lampl de Groot, Marie Bonaparte y Ruth Mack Brunswick.

al feminismo: una *teoría sobre la subjetividad*. Esta permitirá comprender como se perpetúa la subordinación de las mujeres, gracias a que los mecanismos por los que se produce llegan a ser internalizados y reproducidos subjetivamente y es en el inconsciente donde la sociedad patriarcal reprime la feminidad.

Su contribución a los conceptos de salud y enfermedad procederán del psicoanálisis. Incorpora la atención a la subjetividad en salud y el análisis de las identidades femenina y masculina. De este modo, la enfermedad es una expresión del sufrimiento subjetivo que se produce por conflictos vividos entre lo social y lo psíquico y tiene una íntima relación con el desempeño de los roles y la vivencia de la identidad femenina o masculina. En cuanto al modelo de atención en la clínica propone la escucha de la subjetividad de la paciente y del significado simbólico de los síntomas. Otra de las aportaciones importantes es que recomienda tomar en consideración todos los aspectos que contribuyen a la salud, también la salud mental, que en el caso de la mujer había estado polarizada casi con exclusividad por la salud reproductiva. Sugerirá métodos para trabajar la autoestima y para afrontar los modelos de vida dentro de los grupos de mujeres, planteando alternativas de cambio. Por primera vez, da nombre a un problema hasta entonces no catalogado en el sistema sanitario: el malestar de las mujeres.

De todo lo dicho hasta ahora, es fácil concluir que se ha producido dentro de la teoría feminista una división en dos grandes bloques: uno es el *feminismo de la diferencia*, que defiende la idea de que existe una esencia femenina incuestionable e irreductible que hace diferentes a las mujeres. A este bloque se adscriben el feminismo cultural, y los ecofeminismos clásico y ecologista. También hay un feminismo psicoanalítico que ofrece fundamentos para que se busque una esencia femenina temprana,

que existiría antes de la posterior construcción cultural de la identidad femenina. El segundo gran bloque es el *feminismo de la igualdad*, que se muestra convencido de que la feminidad y la masculinidad son construcciones culturales, por tanto no puede existir ninguna esencia ligada al cuerpo biológico, sino que ambos sexos pueden ser iguales en todos los aspectos de la vida que son socialmente contruidos. En este segundo bloque se inscribe el feminismo psicoanalítico constructivista, que está convencido de que la identidad femenina se construye a partir de la experiencia vivida y a partir de los ideales y los mandatos culturales y sociales, que se inscriben en la subjetividad de cada mujer y de cada hombre.

Como venimos repitiendo a lo largo de esta exposición, las distintas corrientes filosóficas del siglo XX impactaron en todas las áreas de conocimiento. Bajo la influencia del estructuralismo y el postestructuralismo, antropólogas, psicoanalistas y filósofas feministas, a lo largo de los años setenta del pasado siglo, continúan su búsqueda de las razones de la opresión de las mujeres y el modo de desprenderse de ella. Para ello, analizan la estructura de las relaciones entre hombres y mujeres, utilizando el concepto de género a partir de la definición de *identidad de género* que se conocía a partir de las contribuciones de John Money, psicólogo sexólogo, y de Robert Stoller, psiquiatra y psicoanalista. Ambos trabajan en la clínica con personas hermafroditas, inter-sexos y transexuales y observan las discrepancias que pueden existir entre el sexo biológico y la identidad sexual. Money define la identidad de género, que puede ser diferente del sexo biológico y que la niña o el niño adquieren en edades tempranas a partir de la experiencia vivida en relación con su madre y su padre. Stoller define el género como todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y la

masculinidad. Ambos utilizaron el marco psicoanalítico para el estudio de la construcción subjetiva de la identidad psicosexual, siguiendo la formación del inconsciente, diferente y separada de la biología (Velasco, 2009, p. 77).

Con la influencia del clima de revolución cultural en 1968 se estaba produciendo un fuerte debate entre dos posturas antagónicas por lo que respecta a la situación de las mujeres. Por un lado, el determinismo biológico del sexo, que afirmaba que la identidad sexual se asociaba de manera directa con la anatomía. Esta posición, respaldada fuertemente por las posiciones teóricas de la biomedicina, apoyaba la asociación tradicional entre determinadas características emocionales y los demás componentes de la identidad femenina, con la dedicación a las funciones maternas que, invariablemente, la excluían socialmente. En el otro lado del debate estaba el constructivismo que afirmaba que la identidad femenina o masculina se construye a partir de la experiencia vivida que permite incorporar a nuestra subjetividad determinados mandatos e ideales sociales que provienen de la cultura.

Así llegamos al feminismo *estructuralista* que desarrolla la antropóloga feminista Gayle Rubin, tras su relectura del marxismo y del psicoanálisis. Analizó el concepto de género desde una óptica feminista superando los planteamientos de Stoller e incorporando la relación de poder que subyace a la jerarquía que se establece en cuanto a los atributos que cada cultura asigna a una mujer, que solo por ello son desvalorizados, con respecto a los del varón. Rubín (1986, pp. 95-145) propone el *sistema sexo-género* donde aporta una explicación del porqué las mujeres quedan subordinadas en las relaciones entre los sexos. Entiende que el sistema patriarcal no justifica suficientemente la realidad, porque las relaciones de poder y la opresión hacia las mujeres se

mantienen también en estructuras socioeconómicas ajenas a la familia, incluso en sociedades no capitalistas. Afirma que es el sistema sexo-género el que articula las relaciones entre los sexos, de manera que el sexo biológico es confundido con el género. Según la autora este sistema consta de tres elementos: el primero es la existencia de sexos biológicamente diferentes, el segundo elemento lo conforman las atribuciones y normas que cada cultura u organización social aplica a cada sexo y, el tercer elemento, lo explica a partir del paralelismo que encuentra entre los sistemas de parentesco postulados por Lévi Strauss y la estructura que establece la relación en el sistema entre los sexos y el género. Al atribuirle a la mujer papeles infravalorados, pasivos y dependientes, se da pie a que se articulen las relaciones de poder. Además considera que esas atribuciones y las normas de comportamiento que cada sociedad adscribe a mujeres y hombres son interiorizadas por las personas durante la construcción de la subjetividad, apoyándose en la teoría psicoanalítica. Destaca también por su argumentación de que la sexualidad es también un producto cultural, ya que la identidad de género de cualquier individuo se conforma durante la crianza y lleva implícita los deseos y las fantasías sexuales prescritos por la sociedad a cada persona según sea mujer o varón. En cuanto a sus aportaciones a las teorías y los conceptos de la salud, será la precursora del análisis de género como determinante psicosocial de la salud. Propone la utilización de la escucha para recabar el análisis de género que se desprende del discurso de pacientes, sean mujeres u hombres. Introduce el análisis de las continuas manifestaciones de las relaciones de poder médico, que discurren bajo los mismos parámetros que las relaciones de poder de género.

Dentro del feminismo comienzan a cuestionar la existencia de identidades fijas. Se hace evidente que no hay una sola

identidad femenina que represente a la mujer universal. Con esta premisa empieza a trabajar el *feminismo postestructuralista*, reivindicando la salida de planteamientos binarios mujer/hombre, femenino/masculino, en la construcción de las identidades de cada persona, ya que hay que tener en cuenta muchos otros factores como la clase social, la etnia, el nivel cultural, la vivencia subjetiva o las distintas opciones sexuales. En esa línea se trabaja con el concepto de la *deconstrucción* que significa denostar cualquier generalización que impida reconocer la singularidad de cada individuo. Foucault se ocupó de investigar sobre los mecanismos de poder ejercidos por la sociedad que obligan a los sujetos a adscribirse a identidades fijas para no verse marginados o excluidos (Foucault, 2007)⁶. Dentro del *feminismo postestructuralista* o postmoderno destacan varias autoras por sus aportaciones. Desde la perspectiva esencialista tenemos a Hélène Cixous que utiliza en sus textos conceptos de feminidad que llevan a pensar en la inestabilidad de la identidad femenina. Los textos de esta escritora francesa han sido estudiados por Villar (2006), de la Universidad de Granada y concluye que uno de sus objetivos principales es desafiar el pensamiento androcéntrico y por extensión, su visión dualista y jerárquica de los géneros. Utiliza conceptos para visualizar la emancipación de la mujer, por ejemplo, sus estrategias sobre la bisexualidad, identidades lésbicas o mujeres “negras” y/o “pobres”, que son muy parecidas al sincretismo cultural que han defendido los pensadores más reputados de la teoría postcolonial. También coincide con esta teoría en interceder por un hibridismo y una fluidez que

⁶ Sobre la función de los mecanismos de poder en la sociedad moderna y el análisis de Foucault es interesante la crítica de Garland (2006, pp. 137-188)).

sobrepasan con frecuencia la hegemonía binaria/heterosexual establecida por las ideologías dominantes.

La segunda autora es una psicoanalista postlacaniana, Luce Irigaray, que aporta un pensamiento contributivo a la argumentación del feminismo de la diferencia. Reinterpreta las categorías fundamentales del psicoanálisis y de la filosofía tomando en consideración el inconsciente y el cuerpo femenino, así como el lazo de la mujer con la madre. En su obra *Espéculo* (Irigaray, 2007), propone la fundación de una teoría de la diferencia sexual a partir de una crítica a las tesis de Freud, afirmando que si la mujer se mira en un espéculo en vez de en un espejo, se dará cuenta de que no tiene un vacío, sino todo un interior por descubrir, una sexualidad rica y múltiple. Discrepa con Simone de Beauvoir sobre la *diferencia femenina* afirmando la intrínseca diversidad de la naturaleza femenina: la diferencia sexual.

"Se necesita también cultivar y desarrollar identidad y subjetividad en el femenino, sin renunciar a sí mismas. Los valores de los que las mujeres son portadoras no son suficientemente reconocidos y apreciados, incluso por las mismas mujeres. Sin embargo, son valores de los que el mundo hoy tiene necesidad urgente, sea que se trate de un mayor cuidado de la naturaleza o de una capacidad de entrar en relación con el otro" (Irigaray, 2010).

Propone crear un *espacio entre mujeres* que trabaje al margen del modelo masculino de la cultura occidental y que recupere los valores de la esencia femenina, pero afirmando que de la biología y de la naturaleza formamos parte tanto las mujeres como los hombres y lo que hay que conseguir es acabar con la jerarquía en los atributos que desvalorizan a la mujer.

La psicoanalista y especialista en semiótica Julia Kristeva es la tercera persona relevante dentro de esta tendencia. En su libro *Lo femenino y lo sagrado*⁷ (Clément y Kristeva, 2000) escribe sobre la diferencia esencial del cuerpo:

"...de esa porosidad turbadora de las mujeres. (...)"...el yo femenino es 'vaporoso'. Ves que asocio el destino del erotismo femenino con el de la maternidad: aunque se trate de dos vertientes totalmente distintas de la experiencia femenina, el cuerpo vaginal, ese habitáculo de la especie, impone de todas formas a la mujer una experiencia... 'de la realidad interior', que no se deja sacrificar fácilmente por lo prohibido, (...) Por ello se comprende que esa profundidad vital constituya también un peligro social" (Clément y Kristeva, 2000, pp. 25-26).

Siguiendo con el permanente debate que se produce dentro de la corriente feminista (Alcoff, 1989, pp. 18-41), cuestiona el esencialismo con que se desarrollan algunas hipótesis. Plantea la necesidad de elaborar una teoría de la subjetividad que se base en la experiencia vivida de cada persona y se aleje del esencialismo biológico, de las prescripciones y de las normas culturales y sociales propias de determinismo social. En el mismo sentido se desarrolla el trabajo de Teresa de Lauretis, siempre preocupada por la desarticulación de los mecanismos sociales e históricos de la dominación y de la invisibilización de las mujeres. En cuanto a la construcción de la subjetividad femenina de Lauretis afirma que

⁷ El libro está compuesto de las cartas que intercambiaron las autoras entre noviembre de 1996 y octubre de 1997 en las cuales reflexionan sobre la sexualidad, el cuerpo, el pensamiento como algo trascendente y específico de las mujeres.

los seres humanos, como seres sociales, nos construimos cotidiana y precozmente a partir de los efectos del lenguaje. Con esas premisas se conforma la auto-representación, que lleva implícita la diferencia entre sujetos mujeres y sujetos varones y también la valoración jerárquica y negativa del sujeto mujer. También incorpora sus reflexiones afirmando que, por un lado, estaría *la mujer* como una construcción *ficticia* y, por otro, *las mujeres* como *seres históricos reales*. A partir de ahora ya no se hablará de la mujer como algo universal, sino de las mujeres.

“Hay ‘lenguajes’, estrategias lingüísticas y mecanismos discursivos que producen significados; hay diferentes modos de producción semiótica, formas distintas de invertir esfuerzos para producir signos y significados. En mi opinión, la manera de emplear ese esfuerzo, y los modos de producción implicados, tienen una relevancia directa, incluso material, para la constitución de los sujetos dentro de la ideología: sujetos diferenciados por la clase, la raza, el sexo y cualquier otra categoría diferencial que pueda tener valor político en situaciones vitales concretas y momentos históricos determinados” (De Laurentis, 1992, p. 55).

Será Judith Butler quien cuestionará el tratamiento que se está dando al género desde la teoría feminista en su libro *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (1990), uno de los libros más influyentes del pensamiento feminista contemporáneo. La filósofa analiza *Introducción al narcisismo* y *Duelo y Melancolía* de Freud para bucear sobre las bases más arcaicas de una identidad, donde se produce ‘la pérdida primordial’ y el dolor psíquico inscrito en el inconsciente. A partir de esas lecturas reconoce el dolor por la pérdida de identidad que

padecen las personas cuyas identidades sexuales no son reconocidas, como homosexuales y lesbianas, bisexuales o transexuales. Más adelante lo llamaré 'dolor de género' cuando a través de sus trabajos filosóficos, complejos y muy difíciles de interpretar sin desvirtuarlos, acuñe la *teoría Queer*. Butler plantea que el 'sexo' entendido como la base material o natural del género, como un concepto sociológico o cultural, es el efecto de una concepción que se da dentro de un sistema social ya marcado por la normativa del género. Este planteamiento, a partir del cual el sexo y el género son apartados de cualquier planteamiento esencialista, desestabilizó la categoría de 'mujer' o 'mujeres', y obligó a la perspectiva feminista a repensar sus supuestos, y entender que 'las mujeres', más que un sujeto colectivo dado por hecho, era un significante político. Butler no quiere decir que el sexo no exista, sino que la idea de un 'sexo natural' organizado en base a dos posiciones opuestas y complementarias, es un dispositivo mediante el cual el género se ha estabilizado dentro de la normativa heterosexual que caracteriza a nuestras sociedades actuales. Plantea la *performatividad de género*, donde cada cual hace su puesta en escena que puede ser tan diversa como identidades haya, en función de una normativa genérica que promueve y legitima o sanciona y excluye (Butler, 2001).

Las repercusiones tanto del feminismo estructuralista como del posestructuralista en cuanto al concepto y a la planificación de programas de salud, se derivan de no aceptar la definición de 'mujer' como un sujeto único y universal. Hay que tener en cuenta en el momento de la planificación de estos programas distintas variables: los estereotipos en cuanto a etnia y país, la edad, la clase social, la ideología, el sexo y la orientación sexual, así como las experiencias -tal y como han sido entendidas y vividas-, con el objetivo de atender verdaderamente las necesidades de las

personas. Y, desde luego, se contempla la visibilidad de las identidades sexuales y de género sean cuales sean, sin caer en parámetros recurrentes de patologización de lo diferente.

En esta síntesis de la evolución del pensamiento feminista, llegamos a lo que se conoce como la tercera ola del feminismo, con la corriente *postfeminista que incluye la teoría queer y el transgénero*, cuyas máximas principales son la diversidad, la subversión y destrucción de los roles sexuales, al tiempo que se mantiene la lucha por los derechos igualitarios. Se produce una importante brecha con el feminismo, al que se acusa de haber elaborado sus aportaciones teóricas desde un planteamiento universal y heterosexual. La *identidad lésbica* ha asomado tímidamente y sin hacer demasiado ruido en el movimiento feminista, del mismo modo que en el resto de la sociedad del siglo XX. Ello se explica porque el lesbianismo ha estado condenado hasta hace pocos años al campo de la patología y empieza a tener marco teórico en los inicios del siglo XXI al amparo de la teoría *Queer*.

Dos son las autoras consideradas como máximo exponente del marco teórico de la vanguardia feminista, Judith Butler y Judith Halberstam. Ambas autoras son especialistas en teoría queer, en estudios de género, en teoría feminista y en cultura de la postmodernidad. Pero, como venimos argumentando a lo largo de estas páginas, todos estos campos se mantienen en conflicto, manteniendo estrechas y a la vez tensas relaciones. (Halberstam, 2008) realiza un recorrido muy interesante por las distintas formas de masculinidad que han sido desarrolladas por las mujeres desde el S. XVIII al XX, desde mujeres que en siglos anteriores vivían haciéndose pasar por hombres, hasta las nuevas culturas actuales

transgénero, *drag King*⁸, transexuales masculinos, pasando por la incursión en importantes subculturas lesbianas como la *butch femme* –lesbiana masculina-, y también por el análisis de la masculinidad femenina en el cine. Halberstam reinterpreta con rigor histórico cada una de estas formas de masculinidad y pone de manifiesto que los géneros y las sexualidades son mucho más complejos y diversos de lo que supone el sistema heterocentrado en que vivimos.

En estas últimas páginas hemos realizado un escueto recorrido por las distintas corrientes que fueron conformando y enriqueciendo la teoría feminista a lo largo del siglo XX y en los inicios del XXI. Las características de este trabajo no permiten una extensión más detallada, lo que aportaría matices y facilitaría la comprensión de las divergencias y las confluencias entre las distintas vertientes que han convivido durante estos años. Ahora nos proponemos llegar al estado de la cuestión actual, acercándonos a los dos grandes bloques que, a priori, parecen divergentes pero que se han ido entrecruzando en estas décadas.

El ideal del movimiento feminista en sus comienzos, indiscutiblemente, es el de *la igualdad* entre mujeres y hombres. El del primer período se inscribe en la consecución de derechos civiles, persiguiendo hacer realidad el sufragio de las mujeres. En la segunda ola, las primeras elaboraciones teóricas, tanto desde el feminismo liberal, como del socialista y del radical -apoyados por la teoría marxista-, se inscriben en la consecución de la igualdad de derechos, la igualdad social y, por tanto, en contra de las

⁸ Podríamos resumir el significado de estas palabras como una de las variantes binarias de la identidad transgénero, que describe a un hombre que se viste y actúa exagerando los estereotipos de una mujer con rasgos marcados, con una intención primordialmente histriónica que se burla de las nociones tradicionales de la identidad de género y los roles tradicionales.

relaciones de poder. Más adelante también se profundiza en las identidades masculina y femenina, apoyándose en el concepto *género* para estudiar las diferencias que son construidas socialmente y por ello no son esenciales. Es aquí donde empezamos a encontrar posiciones que van permeando la igualdad y la diferencia.

También durante la segunda ola del movimiento feminista hubo elaboraciones teóricas que se adscribieron a *la diferencia*. Nos referimos a los inicios del feminismo cultural y sus derivaciones, así como los ecofeminismos que empezaron con la afirmación de que las mujeres son diferentes y hay que reconocer y visibilizar esas diferencias. También desde estas corrientes se indaga sobre las identidades, produciéndose notables avances en torno a la feminidad. Esta línea se adscribe a la esencia femenina y tiene su razón de ser en la experiencia del cuerpo vivido y en la maternidad.

Será a partir de las líneas iniciadoras de lo que se ha dado en llamar tercera ola, donde tanto el estructuralismo como el postestructuralismo o postmodernismo, incorporaron una idea que viene a cambiar sustancialmente sus planteamientos: ni las mujeres ni los hombres son iguales entre ellos. Estas diferencias, como venimos insistiendo a lo largo de este texto, vienen determinadas por la etnia, por la clase social, por la cultura y el país al que pertenecen o por la orientación sexual que han decidido tomar en sus vidas. Se supera la idea de diferencia y se toma como referencia *la diversidad*, concepto que plantea menos divergencias, ya que es perfectamente asumible que reconocer la diversidad de las mujeres –y de todas las personas– no impide hablar de igualdad. Para poder recuperar la identidad femenina proponen señalar y mantener los rasgos diferentes para las mujeres, lo que les proporcionará un lugar simbólico para poder

superar la primacía masculina. La principal referencia dentro del ámbito de nuestro país del feminismo de la igualdad es Celia Amorós, que no puede compartir la idea de ese *orden simbólico* porque es asimétrico y es producto de una jerarquía de poder: "...las mujeres tendríamos que encontrarnos en una situación de equipotencia con respecto a los varones para instituir esa simbólica [ese orden simbólico] propia sin connotaciones de inferioridad y subordinación, lo cual implica el logro de la igualdad. (Amorós, 1998)" (Velasco, 2009, p. 85).

El concepto de género utilizado desde el feminismo constructivista permite incorporar en el análisis a personas de distinto sexo y condición, que tienen identidades distintas, pero no por ello tienen que disfrutar de menos derechos. Desde una postura ecléctica respecto igualdad y diferencia nos encontramos actualmente con la necesidad de seguir reflexionando, investigando y teorizando sobre el hecho humano, la diferencia sexual, las identidades, y seguir manteniendo la presión para que haya mayor libertad y justicia. En el marco de la igualdad de derechos y oportunidades se ha de mantener la militancia política. Pero aunque es en el marco teórico donde parece que tendrán que desarrollarse las discrepancias en torno a la diferencia y a la diversidad, es en el plano político donde hay que luchar por la no discriminación de las y los diferentes.

Dentro del campo de la salud podemos relacionar con las reivindicaciones que se han producido en la corriente de *la igualdad*, la consecución de Políticas de Igualdad y Equidad en los recursos de salud. Esto contempla la detección de los sesgos de género que se producen en la asistencia sanitaria, las desigualdades por sexos en las maneras de enfermar y la influencia de las relaciones de género en la medida que producen una serie de enfermedades más prevalentes en las mujeres debido

a su rol de género. Por último, se presta atención a los factores de riesgo que producen desigualdades en la forma de enfermar de mujeres y varones. Las aportaciones derivadas del feminismo de *la diferencia* se relacionan con el análisis de la diferencia en la identidad femenina. Esto contempla el desarrollo de métodos de atención diferencial a aspectos propios de la fisiología femenina como maternidad, parto, puerperio y lactancia. Uno de los aspectos más destacables de este modo de atención es la creación de grupos de cuidados de salud entre mujeres, y que funcionan es aspectos de la salud ante los cuales las mujeres se muestran más vulnerables: salud mental, climaterio y menopausia, malos tratos y cáncer de mama entre otros.

A lo largo del siglo XX las distintas posiciones de la teoría feminista han ido insertándose en los métodos y en la investigación relacionada con la atención al cuidado y la salud de las personas. La teoría crítica feminista a partir de los años setenta ha ido perfilando su propia epistemología a partir de dos premisas que hasta entonces no habían formado parte de la observación del fenómeno humano: la existencia de los sexos y la relación de poder-subordinación que rige sus relaciones. Por tanto, su interés principal será visibilizar el sexismo y del androcentrismo presentes en el mundo de la ciencia e investigar las causas de su existencia. Se denuncia la supuesta neutralidad de la ciencia, de modo que cuestionan la afirmación de que las personas que investigan se sitúan necesariamente en una posición de objetividad. Entre los métodos de investigación utilizados es frecuente encontrar la fenomenología social para estudiar sus efectos sobre la salud pero del mismo modo se apoyan en recursos positivistas para cuantificar la magnitud y las repercusiones de tales efectos.

Coincidimos con distintas autoras cuando hacen la propuesta de acotar los aspectos sobre los cuales habría que debatir, con el objetivo de modificar la desigual realidad existente Fox Keller (1985), Harding (1996), Lagarde (1996) y Pérez Sedeño (2001). Se trataría en primer lugar de mostrar y cuestionar las diádas tradicionales que se mueven en una lógica binaria: mujer/hombre, femenino/masculino, pasivo/activo, privado/público, emocional/racional, para evidenciar la jerarquía social que se establece desvalorizando la parte femenina de las diádas. En segundo lugar, consideran imprescindible visibilizar distintos fenómenos, por citar algunos de ellos: la exclusión, el silenciamiento y la omisión, el tratamiento sesgado, la devaluación, la discriminación y la subordinación de lo femenino en general y de las mujeres en particular, para poder cuestionarlos. En tercer lugar y refiriéndonos directamente al tema de la salud, habría que desvelar y criticar las premisas biologicistas que tratan de definir las características y las diferencias entre mujeres y hombres. Así mismo, es necesario derribar y cuestionar las premisas esencialistas que ligan los hechos de ser mujer a la biología, es decir, al sexo, en vez de reconocer que se trata de una construcción cultural: el género. Por último, es necesario huir de las premisas universalistas, que suponen que hay una identidad única para la mujer y, por ende, para todas las mujeres.

La filósofa Sandra Harding (1993) revisó las críticas feministas de la ciencia y las investigaciones realizadas desde posiciones androcéntricas. Según la autora hay tres posiciones epistemológicas feministas que cuestionan la ciencia cada una de ellas a distintos niveles. El *empirismo feminista* sostiene que por la simple inclusión de las investigadoras mujeres se corregirán los sesgos sociales observados -androcentrismo y sexismo-, a pesar de que no se cuestione la metodología utilizada. Según este

planteamiento el problema es la ciencia mal hecha. Por ello, con la presencia de científicas e investigadoras se corregiría el problema. En el campo de la salud estaríamos hablando de las investigaciones epidemiológicas sobre morbilidad diferencial por sexos que, valiéndose de métodos estadísticos, pueden dar a conocer la incidencia de determinadas enfermedades en cada sexo o el distinto esfuerzo terapéutico que se aplica ante el mismo cuadro clínico, en función de que los síntomas aparezcan en una mujer o en un varón. Gracias a este tipo de estudios se están evidenciando las distintas formas de enfermar de unas y otros y la distinta forma de ser atendidos en las unidades clínicas, además de que, al utilizar métodos de investigación validados por la ciencia, los resultados son reconocidos y asumidos por ella. El punto más débil de estas investigaciones es que, al situarse dentro del paradigma científico hegemónico, no cuestionan el sesgo androcéntrico existente que subyace en la selección de los problemas a investigar o en el tipo de preguntas sobre las posibles causas de dichos problemas.

La siguiente posición es el *punto de vista feminista*. Entiende que basándose en la realidad, la experiencia vivida por las mujeres plantea un punto de vista diferente al de los hombres y ello se traduce en que los problemas a investigar serán los que a priori parezcan relevantes para la salud de las mujeres y no se constriñen a los factores de riesgo clásicos. Contempla la influencia de la doble jornada laboral o la dedicación de las mujeres al cuidado personal y de los afectos en los miembros que componen la familia. La mirada feminista muestra como las mujeres experimentan el mundo y cómo es posible encontrar relaciones de subordinación y de exclusión social en sus relaciones con los hombres. Esta línea también es aceptada -aunque con menos complacencia- por la ciencia hegemónica porque se sigue valiéndose

de la metodología positivista, aunque añade algunos métodos de investigación cualitativa que interpretan como es vivida una experiencia por las mujeres. Respecto a los sesgos de género que se producen en la práctica clínica afirman que son debidos a la poca consideración que se tiene hacia las mujeres y su sufrimiento y a que la sociedad actual está estructurada en base a unas relaciones de poder que se reproducen mediante estereotipos que también mantiene el personal sanitario en su atención profesional. Una vez más, las críticas a este punto de vista vienen por la supuesta *universalidad* que se presupone en las mujeres, sin tener en cuenta las diferencias en función de la clase social, la raza o la cultura a la que pertenezcan.

La tercera posición es el *posmodernismo feminista* que incorpora nuevos conceptos sobre los que es necesario investigar: la construcción social de la subjetividad, las relaciones de género y poder, la división sexual del trabajo, las estructuras familiares y la crianza de las hijas e hijos, las distintas identidades sexuales y de género entre otros. Y todos ellos según la clase social, la cultura o la orientación sexual. Los métodos a utilizar en estas investigaciones vienen determinados por un enfoque cualitativo y por ello son cuestionados desde el paradigma biomédico y el positivismo, aunque en la última década están siendo mejor aceptadas desde el enfoque de género en salud. No obstante, en la actualidad son necesarias las tres posiciones porque es imprescindible obtener información de todos los campos y porque no podemos olvidar que cada persona que investiga se sitúa en un marco teórico y pertenece a una institución con unas características determinadas.

1.4. La utilización de fuentes orales en la historia de las mujeres.

El individuo había sido una variable a ignorar desde los planteamientos de la cultura hegemónica hasta los años sesenta del pasado siglo. Los sociólogos primero y los historiadores algo más tarde, se han preocupado por rescatar y restituir al individuo como actor principal de sus investigaciones. El desarrollo de una metodología que ponga las bases para hacer un uso adecuado y provechoso de las fuentes orales, es un paso importante en el largo camino de la renovación epistemológica necesaria en la investigación histórica. Cuando se investiga sobre un período de la historia reciente el papel de las fuentes orales es fundamental, y más importante todavía cuando el grupo estudiado, siguiendo la formulación gramsciana, forma parte de las clases subalternas. Utilizar los testimonios de las informantes supone en nuestro caso retomar la pregunta de Spivak (1994, pp. 1475-1490) y afirmar que la relación entre el subalterno y la hegemonía es suplementaria y nos permitirá contribuir a la democratización de la historia.

La devaluación de los trabajos realizados por mujeres no ha sido, claro, una singularidad absoluta. Ya el auge de la historia social producido en el último tercio del siglo XX evidenció ejemplos equiparables. Distintos centros federados a la *American Oral History Association* crean en 1973 la revista *Oral History Review*, donde se articula una postura crítica hacia el privilegio que se concede al estudio de las élites y se comprometen con los movimientos radicales de las minorías, bajo la influencia que ejerce la proximidad de la explosión cultural del Mayo del 68 (Dosse, 2007, p. 245). Los campesinos o los obreros no habían generado suficiente documentación tradicional, por lo que el recurso a las fuentes orales se hizo una necesidad evidente. Lo mismo ocurrió

con la historia de las mujeres. Hacer visibles las experiencias vividas por determinadas mujeres, sean estas mujeres notables o no, pero dándoles la categoría de sujetos significantes y expresivos de un conjunto más amplio, nos permite un intento de reinterpretación o de relectura de la historia desde el punto de vista de Derrida (Derrida, 1971, p. 11-13).

Para poder introducir la visión de las mujeres en el análisis de los distintos momentos históricos, es importante resaltar la importancia de las fuentes orales, sobre todo cuando nos proponemos abordar la historia contemporánea (Folguera, 1990, pp. 177-211). La utilización de metodologías cualitativas, por ejemplo con el método biográfico, ha permitido situar en el centro de la investigación las vidas particulares de las mujeres y de este modo, se ha hecho necesario volver a cuestionar las dicotomías clásicas: producción/reproducción, público/privado o familia/trabajo, a partir de experiencias concretas. Los relatos de las mujeres también nos han hecho re-evaluar determinadas posturas consideradas de aceptación o de sumisión y re-considerarlas como estrategias de adaptación o de mejora social (Borderías, Bertaux y Pesce, 1990) tanto para ellas mismas como para sus hijos.

La biografía nos permite observar como las mujeres se constituyen en sujetos de su propia historia cuando comprobamos que en circunstancias económicas y sociales parecidas, no todas las personas actúan de la misma manera. En este sentido, compartimos con el sociólogo italiano Franco Ferraroti la idea de que las biografías "no hablan solas... La fecundidad heurística de las biografías está profundamente condicionada. Las declaraciones personales escapan al subjetivismo... en la medida en que se ligan y quedan unidas a las condiciones objetivas, a los datos de las condiciones concretas en las que el entrevistado vive" (Ferraroti,

1980, p.238). También facilita la comprensión comparar la evolución social dentro de una misma familia, ya que podemos analizar la relación entre mujeres de una generación con las de la generación precedente y con las de la posterior. Pero sin duda, una de las principales aportaciones del método biográfico y de las historias de vida es la posibilidad de integrar en el discurso, es decir, en el tiempo biográfico, los acontecimientos históricos para así contextualizar la legislación, las normas sociales o los discursos elaborados desde la ciencia o la religión y valorar su repercusión en los diferentes momentos vitales de las personas. (Borderías, Bertaux-Wiame, 1997, p. 186).

La lectura del itinerario vital en cada una de las entrevistadas, que se inscribe en el destino común de las mujeres de ese grupo socioprofesional -las matronas-, introducirá nuevos elementos para ampliar nuestro conocimiento de un determinado período histórico. Se trabaja con una aproximación a la prosopografía, un género muy antiguo que tiene como objetivo reproducir las características de un grupo desplegando las informaciones sobre todos sus miembros. Es un método que aborda tres dimensiones: el tiempo, el espacio y el rol social (Dosse, 2007, pp 222-226). Significa la elaboración y la yuxtaposición de informaciones individuales, pero revestirá con su ordenación de datos un tipo de explicación útil para la historia política y social. En definitiva, nos permite descubrir las relaciones existentes entre el individuo y las estructuras, ponderando los datos cuantitativos con consideraciones más cualitativas y subjetivas.

Debemos ser, no obstante, muy cuidadosas con este recurso a la utilización de informantes que preconizamos. Hacer entrevistas no es sólo un problema de convicción y voluntad, sino que trabajar con fuentes orales implica asumir la fidelidad a las

normas básicas del rigor científico y metodológico. La investigación que utiliza el documento oral no puede limitarse a la incorporación de citas *ad hoc* que no son sino fragmentos de los testimonios grabados.

El uso de fuentes orales requiere, como hacemos con las fuentes primarias tradicionales, una aproximación crítica. Lo que una informante nos dice no tiene porqué aceptarse, necesariamente, como aquello que podríamos llamar la realidad histórica (si es que hay una única realidad histórica), y no por una voluntad dolosa o simplemente de engaño por parte del testigo, sino porque sabemos que la memoria humana es frágil, sabemos que es selectiva y, por ello, parcial e interesada (Alcàzar, 1994, pp. 234-235).

Cierto es, como afirmara Paul Thompson en su obra más reconocida (Thompson, 1998), que la duda respecto a la fiabilidad de la fuente también puede extenderse a las fuentes escritas que encontramos en el archivo clásico, especialmente en cuanto hace a aquello de la parcialidad o al interés inconfesable. También, como sabemos, las fuentes gráficas, por ejemplo, han podido ser manipuladas, pero esto no ha de servirnos de consuelo o de coartada a quienes somos partidarias de la fuente oral. Lo bien cierto es que el trabajo con este tipo de fuentes permite democratizar la propia historia haciendo participar a las personas en la construcción del discurso y nos ayuda como historiadoras a conocer y comprender situaciones insuficientemente estudiadas.

Aquel trabajo con pretensión científica que las incorpora ha de sustentarse en la convicción de que los testimonios que grabamos y transcribimos han de pasar por un filtro crítico importante, el cual nos permitirá realizar una selección de los elementos utilizables. Esto no debe entenderse como que sólo se conservarán algunos testimonios elegidos, "sino que el

investigador deberá saber distinguir separadamente el fenómeno histórico y la memoria que el individuo o sector de individuos guarda de aquel fenómeno” (Alcàzar, 1994, p. 236).

El uso de la fuente oral debe ser valorado porque nos permite avanzar en el conocimiento de los hechos pero, especialmente, en la forma en la que el grupo humano del que forma parte la informante los vivió y los percibió. De sobra está decir, pues, que “es de importancia capital rescatar la subjetividad, pero es un grave error llegar a confundirla con hechos objetivos” (Alcàzar, 1994, p. 236). Este componente de la subjetividad no debe quedar fuera del corpus de la investigación porque la percepción, los sentimientos y el modo de expresarlo, son elementos que nos pueden ayudar a configurar esa historia que no es ni más ni menos que la historia de las matronas que trabajaron durante los años estudiados en el cuidado de las mujeres mientras daban a luz a sus hijas e hijos. Coincidimos con Alcàzar en que la aproximación crítica a la fuente oral se consigue estableciendo una relación dialéctica entre los diversos tipos de fuentes que tengamos a nuestra disposición; es decir, mediante dos procedimientos de carácter interactivo: el primero con la documentación escrita existente y el otro con el resto del corpus de documentos orales. Es la adecuación de la figura singular con un medio y una época lo que busca el historiador, cuyo verdadero tema es el contexto histórico en sí mismo más que la persona entrevistada.

La utilización de fuentes orales en este trabajo pretende rescatar la memoria histórica de algunas de las matronas que trabajaron en distintas instituciones sanitarias, tanto en Valencia como en otras ciudades españolas, en la segunda mitad del siglo XX. A partir de su testimonio recogeremos los posicionamientos personales que son producto de las circunstancias o vivencias

individuales que tuvieron, pero también extraeremos los planteamientos que forman parte del discurso colectivo del grupo al que pertenecían y que como cualquier grupo profesional tiene su propio lenguaje y sus propias convicciones que están relacionadas con las posiciones hegemónicas del discurso científico del momento. Asumimos que cada una de las memorias recogidas puede sintonizar o entrar en contradicción con la de alguna otra profesional entrevistada, lo que nos permitirá conformar las distintas lecturas sobre el pasado y superar planteamientos esencialistas o monolíticos. Los problemas de las contradicciones entre las diferentes memorias del pasado pueden verse agravados por el lugar que cada informante ocupaba dentro de la jerarquía hospitalaria o por la clase social a la que pertenecían. No pretendemos rescatar *la verdad* en el sentido convencional del término, sino que intentaremos hacer visibles tanto los recuerdos como los olvidos, conscientes como somos de que la memoria individual es valorativa y categórica. Por tanto "...todo lo que en la memoria es exaltado y contrastado, en el campo del saber de los historiadores es opaco y matizado" (Romero, 2006).

Entendemos que rescatar y dar valor a esta memoria histórica nos proporcionará claves transversales para entender el papel que jugaron las matronas en el cambio que supuso la institucionalización del parto en el medio hospitalario. Utilizar sus testimonios como fuentes orales es recoger las experiencias vitales como máxima expresión de estas actoras, hasta ahora anónimas, que se conforman como un elemento clave para construir la interpretación histórica de nuestro pasado sanitario reciente.

Pero vayamos por pasos. El primer aspecto sobre el que conviene reflexionar es el de los problemas teóricos y técnicos que suscita el trabajo con fuentes orales. Para conseguir el máximo de información y que ésta sea lo más fiable posible se

hace necesario seguir unas normas básicas de rigor científico y metodológico teniendo en cuenta dos aspectos: a) la relación dialéctica que se puede establecer entre las fuentes orales y los documentos como se ha dicho anteriormente, lo cual nos permitirá medir la distancia entre lo dicho y lo no dicho [olvidado, silenciado, ocultado] (Joutard, 1986) y b) que una entrevista concreta no es más que una parte del conjunto más amplio de las personas que conforman la muestra. En opinión de Mercé Vilanova la palabra recogida ilumina el escrito, enriqueciéndolo y dándole un contexto humano debido a que aporta elementos subjetivos y literarios, que tiene una influencia desmitificadora, que rompe el aislamiento elitista de los archivos y porque una historia social que pretende ser mayoritaria no puede olvidar la visión que de ella tienen las personas que fueron elementos clave de la misma (Vilanova, 2005, pp. 5-19).

En cuanto a las cuestiones de carácter metodológico, cuando desde la disciplina histórica se quieren utilizar fuentes orales, es preciso tener en cuenta una serie de elementos antes de iniciar el trabajo de campo. Se debe elegir el *universo de la muestra* que es el número de personas que pueden actuar como informadoras y que viene determinado por coordenadas cronológicas, geográficas, culturales, profesionales, sociales e, incluso, sexuales. A partir de este momento se define una muestra que tenga representatividad sociológica y estadística, esta última característica siempre que estemos hablando de encuestas cerradas que pueden tratarse estadísticamente, y puede elegirse de manera aleatoria entre todas las personas que podrían ser entrevistadas. Es importante determinar con claridad cuál va a ser nuestro universo de la muestra con el propósito de que ésta sea representativa. Dentro de ese universo pasaremos a realizar una elección aleatoria entre todas las informantes y este grupo

constituye *la muestra*. En ese sentido, la persona que investiga tiene que estar en condiciones de explicar por qué se han elegido unos testimonios en vez de otros.

Una vez elegida la muestra hay que planificar una *estrategia para entrevistar* a los informantes. No existe un modelo ideal de cuestionario sino que cada investigador deberá determinar *a priori* su estrategia para interrogar conciliando la muestra de testimonios y sus circunstancias, con los intereses de la investigación. Nos referimos en este caso a elaborar una guía de preguntas genéricas que puedan facilitar el trabajo del investigador y que nosotros proponemos que sea semiestructurada para que garantice que se van a tratar los temas que consideramos fundamentales para nuestro trabajo, pero dejando libertad a la persona entrevistada para que profundice o se extienda lo que considere oportuno. Es conveniente mantener una charla inicial sin grabaciones para establecer un clima de empatía que nos permita, una vez finalizada la sesión, completar el testimonio si fuera necesario. Esta relación de empatía entre el sujeto informante y la persona que realiza la entrevista debe conseguirse manteniendo una distancia justa, donde se simultanearán momentos de complicidad y tomas de distancia objetivantes para mantener el hilo conductor, ambos necesarios para la investigación (Dosse, 2007, p.14). Es importante evitar que la persona que es entrevistada sienta que debe arrojar un cúmulo de información sin coherencia y a modo de discurso erudito. Debe sentirse cómoda con su forma de hablar, de gesticular, de usar el lenguaje y no fingir o querer aparentar lo que no es. Conseguir este clima es nuestro trabajo (Alcàzar y Pinazo, 2013).

Durante el desarrollo de la entrevista consideramos que las intervenciones del investigador deben ser mínimas y lo más breves posibles. Simultáneamente, es aconsejable animar al informante

relacionando lo que está diciendo con otras informaciones, descubriendo sus estructuras ocultas, comparando la información obtenida con las hipótesis teóricas previas y clarificando el contenido según la importancia que el historiador le conceda (Berg, 1990). Una vez realizada la entrevista se procede a la transcripción integral de las grabaciones para hacer inteligible la versión escrita, sin perder el tipo de lenguaje original, los giros dialectales o la terminología utilizada, respetando la idiosincrasia del discurso de la informante. El resultado obtenido en las entrevistas debe ser sometido a un análisis de contenido, fragmentando el texto temáticamente, que formará la parte central de la metodología de la historia realizada a partir de fuentes orales como cualquier otra fuente primaria, o de un estudio estadístico, en el caso de que se trate de encuestas. Cabe señalar también que los datos extraídos de las entrevistas también pueden tratarse en clave cuantitativa para hacer estudios estadísticos como sistematizar las opiniones atendiendo a criterios como la edad, centro de trabajo, etc.

Para conformar las fuentes primarias de este trabajo hemos realizado entrevistas en profundidad a cincuenta y dos matronas que desempeñaron su profesión desde los años cincuenta hasta finales del siglo XX. Muchas de ellas continúan todavía en activo. Cada una de las entrevistas fue precedida de varias conversaciones telefónicas para presentarme, exponer el motivo de mi petición, y concretar el lugar y la hora de la cita. La primera fue realizada con motivo de un taller práctico dentro de la formación de las matronas en la asignatura de Historia de la Profesión, en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud en Valencia. Dificultades técnicas con la grabación hicieron necesaria una segunda entrevista, esta vez en un apartamento que nuestra informante tenía en Benicàssim. En las otras once que se

realizaron a matronas que habían trabajado en los domicilios y que eran personas jubiladas, nos desplazamos al domicilio de las informantes, donde antes de realizar las preguntas que llevaba en un cuestionario semiestructurado, mantuvimos una charla de dos horas aproximadamente. Les expliqué la orientación de este trabajo, recalcando la importancia de rescatar sus recuerdos como mujeres; como mujeres que habían trabajado en el espacio público en unos años en los que la incorporación femenina al mundo laboral no era habitual, y la relevancia que tenían sus testimonios para abordar la evolución de la asistencia a los partos en un período en el cual se había producido un cambio importante: de la propia casa al hospital.

Cuando las informantes estaban en activo nos desplazamos al lugar de trabajo siempre que fue posible, aprovechando unas horas en las cuales pudieran disponer del tiempo suficiente para poder hablar con tranquilidad. Podemos afirmar que la disposición que mostraron nuestras matronas fue máxima. Cada una de las grabaciones fue realizada en vídeo, y tuvo aproximadamente dos horas de duración. Posteriormente efectué las transcripciones de las mismas e introduje los DVD en el ordenador para poder trabajar con los testimonios recogidos. A todas las informantes les agradezco profunda y sinceramente su disponibilidad y sobre todo su capacidad para, pacientemente, recordar y referir cada una de las situaciones planteadas.

En el caso de la entrevista a la matrona que se ocupó de todos los preparativos necesarios para poner en marcha la apertura del hospital maternal La Fe en 1971 –Isabel Royo-, he de decir que su disponibilidad fue máxima ya que tras dos citas que habíamos tenido que posponer por motivos de salud, ella misma me llamó y acudió a mi despacho donde mantuvimos una larga conversación. Aquella mujer recta, exigente, dura y que, desde mi

punto de vista, había mantenido una distancia de seguridad con todas las matronas que durante aquellos años estuvimos bajo su jurisdicción, se mostró como una mujer inteligente, ordenada y rigurosa, facilitadora con todo lo que su testimonio pudiera aportar para este trabajo, asertiva y argumentando con criterios profesionales cada una de las situaciones que abordamos.

Para recoger los testimonios de las mujeres que habían parido en sus casas, todas personas mayores de sesenta años, nos desplazamos a sus domicilios. Aproximadamente cuarenta entrevistas fueron realizadas por las residentes de matrona de la X y XI Promoción en el contexto de la asignatura 'Historia de la Profesión de Matrona desde una perspectiva de género'. Esta posibilidad de hablar con alguna de las mujeres de su familia para recordar las circunstancias en las cuales se había producido el acontecimiento fue referida por ellas como un factor esencial para conocer de primera mano hechos que desconocían y circunstancias que no podían ni imaginar. Para las mujeres entrevistadas supuso un reconocimiento, ya que se estaba dando valor a una experiencia intensa que ellas habían vivido y que iban a contribuir con su testimonio a la reconstrucción de un período histórico y a unas circunstancias de la atención sanitaria que estaba lejos de la realidad actual.

Las entrevistas a las madres que habían parido en el medio hospitalario se realizaron de un modo similar. Las residentes de matrona utilizaron como fuente a su propia madre, obteniendo otras cuarenta personas de la muestra. Cuando las encuestas estuvieron hechas dedicamos una sesión a la discusión sobre el método de recogida de información utilizado. Según los comentarios que de allí surgieron fue una experiencia positiva. Entre las razones que argumentaron estuvo la estrictamente personal ya que a través del trabajo habían descubierto cosas que

ignoraban de su propio nacimiento. Pero también valoraron la importancia que tenía escuchar la voz de las mujeres, tan lejana de los tecnicismos del lenguaje profesional en el que se desenvolvía su formación, y que las hacía conocedoras de la percepción de las usuarias de la atención recibida.

El resto de las entrevistas a mujeres que dieron a luz en su casa (66) y a las que habían parido en el hospital desde 1971 hasta el 2000 (103) fueron realizadas por la autora de esta tesis. Las informantes fueron buscadas a partir de personas con las cuales tenía vínculos familiares o de amistad, previo consentimiento verbal de las mismas una vez informadas de los temas que íbamos a tratar y de los datos que íbamos a recabar, ya que pertenecían al ámbito de lo privado. Seguramente, está de sobra recalcar el enriquecimiento que esta información y estas opiniones aportaron a una profesional de la asistencia al parto. Una parte de los datos obtenidos se ha tratado mediante un programa informático para analizar las continuidades y los cambios que se han producido en los años de nuestro estudio y que en los capítulos siguientes explicaremos. Otra parte, recogía valoraciones sobre la persona que les asistió, sobre la información que tenían sobre el embarazo y el parto, sobre la forma de entender la presencia o ausencia de su pareja en el acontecimiento, sobre los mitos que circulaban entre las embarazadas de aquellos años o sobre si se respetaron sus sugerencias dentro del hospital. Del análisis de las respuestas obtenidas y su categorización hablaremos en los capítulos 3, 4 y 5.

Capítulo 2. Breve historia de las matronas y del arte de partear.

Entendemos que no podemos adentrarnos en el análisis y explicación del tránsito del parto domiciliario al parto hospitalario vertebrando nuestro discurso en torno a la figura de la matrona si no establecemos las raíces de las líneas maestras de una actividad profesional de las mujeres que comenzó en los albores de la humanidad.

Existe constancia a través de distintas fuentes iconográficas, de testimonios recogidos en textos científicos y de memoria transmitida verbalmente de generación en generación, de que las mujeres han sido ayudadas por otras mujeres en el momento de parir. Pero lo cierto es que el trabajo de las mujeres ha estado tradicionalmente minusvalorado y en ciertos ámbitos, como el que ahora nos ocupa, invisibilizado ya que los transmisores de los conocimientos científicos en la formación reglada han sido los varones médicos. Cada vez las investigaciones proporcionan más certezas de que la práctica sanitaria ha estado mayoritariamente ejercida por mujeres, bien porque se discute si determinados textos fueron de autoría femenina -como en el caso de Trota de Salerno o de Hildegarda de Bingen (Green, 2001, pp.27-55), bien porque hasta bien entrado el siglo XVII la atención a las enfermedades de las mujeres y a sus partos no estuvo contemplada dentro de lo que se consideraba ciencia, o bien porque ser atendidos por un médico era algo que la mayoría de la población no podía pagar.

2.1.- El parto ancestral.

Distintos planteamientos han sido estudiados para explicar el origen de un sistema patriarcal que ha perdurado durante milenios. Lo que no se puede cuestionar es que los seres humanos nacemos de mujer, que tenemos una experiencia compartida de vivir durante los meses de gestación en el interior del cuerpo materno y que somos los mamíferos que durante más tiempo dependemos de la lactancia y de los primeros cuidados, antes de poder sobrevivir sin ayuda. Este hecho incuestionable hizo que se instituyera entre los grupos humanos una división del trabajo de tipo adaptativo, con fines a mejorar la supervivencia y la reproducción de la especie, atribuyendo a las mujeres no solo la función de parir y amamantar a sus criaturas, sino que, por extensión, las hizo responsables de la crianza y la educación de los mismos, mientras que a los varones les asignó la responsabilidad de la defensa del grupo y la provisión de alimentos durante el tiempo en el cual las mujeres estaban dedicadas al cuidado de las crías, del fuego y del mantenimiento de los alimentos.

Por las difíciles condiciones de vida que los seres humanos tuvieron que soportar y los miles de años durante los cuales no fueron capaces de relacionar el hecho del coito con el embarazo posterior, cabe suponer que la mujer, seguramente en colaboración con otras mujeres, solucionaba de la mejor manera posible su propio parto. Unas a otras se irían ayudando, poniendo en marcha su imaginación y también su memoria, relacionando hechos que se producían de manera repetida en casi todos los partos y utilizando los conocimientos sobre plantas que habían adquirido mediante la observación de la naturaleza, para contribuir según la división de tareas asumida por ambos sexos, a la evolución cultural, pues si importante fue la provisión de alimentos

y la defensa contra animales y grupos más feroces para el mantenimiento de la especie, el hecho de la reproducción y el cuidado de los seres humanos fue una tarea fundamental. Los cuidados durante el parto son el primer eslabón empírico en el desarrollo de los conocimientos de las parteras, unas mujeres que debido a que conocían mejor su propio cuerpo y a condicionamientos de tipo moral y religioso se dedicaron a resolver de la mejor manera que sabían el hecho de parir.

El estudio de algunos pueblos que todavía viven en condiciones similares a las de la prehistoria nos hace suponer que las mujeres en el momento del parto permanecían en cuclillas para realizar los pujos. El cordón umbilical se debía cortar con alguna piedra o bien mordiéndolo, y se cree que se confeccionaba una especie de cabestrillo con pieles de animales que la madre se colocaba cerca del cuerpo para llevar con ella a la criatura mientras que recogía hierbas o frutos silvestres. La lactancia se prolongaba durante largos períodos, debido a la ausencia de alternativas a la leche materna mientras no se conocía la domesticación de animales (Towler y Bramall, 1997, p.10).

A partir de la escritura ideográfica introducida por los egipcios hacia el año 2000 a.n.e. se ha observado que la palabra egipcia "*ms*" que significa dar a luz, iba seguida por el jeroglífico de una mujer en cuclillas pariendo y, en un texto posterior, la figura se muestra agachada sobre dos ladrillos o piedras (Towler y Bramall, 1997, p. 10). La observación de algunos bajorrelieves de las cámaras de los nacimientos reales de Luxor permite apreciar imágenes donde aparecen acontecimientos relacionados con el parto, de lo que se deduce que la profesión de matrona tenía un importante reconocimiento social porque atendía los nacimientos normales y lógicamente también los de las mujeres de la realeza.

Las primeras referencias escritas que se conocen respecto a la figura de la comadrona aparecen en libros de la Biblia –Éxodo y Génesis–, aproximadamente hacia el año 1800 a.n.e. De la lectura de los mismos se desprende que entre sus funciones realizaban tactos vaginales y que estaban presentes en los partos participando de manera activa en los mismos. El modo de dar a luz era la posición en cuclillas o sentada en unas sillas especiales para ese momento.

En el mundo griego los conocimientos sobre el parto eran deudores del *corpus* de conocimientos egipcio. Se sabe que tanto médicos como comadronas eran hábiles profesionales, pero sus aportaciones a la ciencia en lo que respecta a los nacimientos fueron escasas. Hacia el año 500 a.n.e., las parteras griegas, coetáneas de Hipócrates y de Sócrates -cuya madre fue comadrona-, disfrutaban de un enorme prestigio social. Las leyes atenienses dispusieron una serie de condiciones para las mujeres que quisieran dedicarse al arte de partear. Entre estas cabe destacar que debían ser madres y haber superado la edad fértil. En esta época, las mujeres dedicadas a atender los partos podían tener dos grados: unas con una habilidad y una experiencia superior podían ocuparse de los partos anómalos y difíciles. Las demás se dedicaban a atender los partos normales.

Mediante el estudio de textos escritos por prestigiosos médicos griegos y romanos, como el de Sorano de Efeso, identificamos los conocimientos sobre el parto que tenían en la antigüedad. Dicho texto, que se data en la Roma del siglo II fue, en principio, escrito para matronas. Fue considerado el canon de la obstetricia durante más de mil años y se sabe que fue traducido al

latín, el alemán y el francés en el siglo XVI⁹. En opinión de Towler y Bramall fue muy importante la influencia que los conocimientos sobre el parto de Grecia y Roma tuvieron en la cultura islámica y en el imperio bizantino.

Durante más de diez siglos, Europa se sumió en la denominada por algunos autores como etapa oscura, con un repliegue de la vida hacia las zonas rurales. Las mujeres que asistían los partos no tenían ningún tipo de formación y solo contaban con la experiencia acumulada a lo largo de los años, habilidad y destreza. El analfabetismo, la persistencia de supersticiones y la utilización de hierbas y ungüentos en la asistencia a las mujeres, hicieron que durante este período, miles de matronas –mujeres y pobres- fueran acusadas y condenadas a la hoguera por el Tribunal de la Inquisición.

Este largo período que supuso la denominada Edad Media, en la cual la medicina se practicaba en los monasterios y las mujeres tenían prohibido el acceso a la enseñanza, los partos eran atendidos por mujeres. Dar a luz era un acontecimiento presidido por la futura madre y el entorno femenino de la época: sus

⁹ En el libro de Sorano se plasmaron los conocimientos de la época sobre posiciones del feto dentro del útero y sobre las distintas maneras de actuar según la presentación del mismo. Hay capítulos que describían maniobras que son precursoras de las realizadas en la actualidad para conseguir una correcta evolución del parto. Dos capítulos del texto se dedican a explicar las características –físicas y de carácter- que debía tener una buena matrona, insistiendo en la necesidad de que las matronas tuvieran conocimientos teóricos y prácticos porque podía darse la posibilidad de que tuvieran que hacer prescripciones, tanto dietéticas como quirúrgicas o farmacológicas. Del análisis del libro de Sorano se desprende que las matronas estaban capacitadas para realizar partos normales y los que presentaban dificultades. También se dedicaba a exponer los cuidados que debía recibir el recién nacido y a la mejor manera de alimentarlo.

parientes y vecinas. En cada población, las parteras se encargaban de asistir a la parturienta. Debían tener unas cualidades especiales como las manos delgadas y los dedos largos para realizar las maniobras necesarias. Tenían que revisar el cuerpo y la cabeza del recién nacido para componerla si presentaba alguna malformación como consecuencia del parto, tenían que limpiar, atar y cortar el cordón umbilical al recién nacido, debían saber extraer la placenta y, en caso de muerte de la madre podían realizar una cesárea para intentar salvar al bebé. Con el tiempo, esta sabiduría llegaría a convertirse en profesión y a derivarse de ella una remuneración, la única que podían obtener las mujeres. También podían bautizar al niño en caso de peligro de muerte y, por ese motivo, en los siglos bajo medievales se prohibió la asistencia a parteras musulmanas o judías. Eran mujeres sin formación que iban transmitiendo unas a otras de manera oral su experiencia. Este conocimiento empírico y su capacidad para entender las vivencias de las mujeres en trance de parto las hacía mujeres solicitadas en las comunidades rurales para atender los nacimientos. Razones de índole moral y religiosa hicieron que los hombres médicos tuvieran prohibida la presencia en los partos. Razones de prestigio, unidas a la misoginia imperante durante esta época, hicieron que no estuvieran interesados durante muchos siglos en estos actos, los cuales eran considerados por debajo de su dignidad. El texto siguiente pertenece cronológicamente a una etapa posterior, pero recoge la tradición del trabajo de las parteras:

"...y quando saliere, y naciere el infante, la partera debe ser sabia, y enseñada en atraer á manera de fregamiento suavemente poco á poco la cabeça, despues todos los miembros del cuerpo: y la agua tibia debe ser aparejada, y sea bañada la criatura, y despues rectificada la hechura de la cabeça si conviniere: la figura de la cabeça debe ser compuesta como si fuesse una figura de cera: y las sienes de cada parte

livianamente sean comprimidas... despues sea cortado el ombligo como quatro dedos: pero antes que sea cortado sea atado con lana torcida, y untado con azeite fisamino...(Gordonio, 1647)” (Aguado, 1994, pp. 10-12).

Algunos autores denominan la situación en la España Medieval *el feudo de las comadronas*, varios siglos en los cuales la moral cristiana y la religión islámica prohibían a los varones explorar los genitales de las mujeres. En ese camino de la asistencia al parto dominado por las mujeres desde tiempos inmemoriales, se introducen paulatinamente los varones en las postrimerías del Renacimiento ya que la práctica médica experimentó un impulso más profesional y científico a partir del siglo XV y, por lo tanto, menos religioso. Destaca la importancia que tuvieron tres factores para ese avance de la medicina en general y de la anatomía en particular: el primero la posibilidad de diseccionar cadáveres a partir del siglo XVI; el segundo, la influencia que tuvo para el conocimiento de la anatomía la enorme calidad de los dibujos de Andrés Vesalio (Perdiguero, s.f.) y Leonardo Da Vinci; y, por último, la enorme inquietud que demostraron los médicos en los inicios de la edad moderna (de Miguel Sesmero, 1995).

Aunque durante el Renacimiento los partos continuaron siendo asistidos exclusivamente por las comadronas, la transformación de la concepción social y científica llevó a muchos médicos a preocuparse por los problemas de salud que afectaban a las mujeres. Éstas tenían un embarazo tras otro, y los continuos partos, así como la insuficiente alimentación y el exceso de trabajo, hacían que la mortalidad –tanto materna como infantil– relacionadas con el parto fuera muy elevada. Cuando un parto se complicaba y la partera no era capaz de resolver la situación, avisaba al cirujano de ropa larga, con estudios académicos o al cirujano de ropa corta, sin estudios, que solían realizar la

extracción del feto, generalmente, tras su mutilación¹⁰ (Towler y Bramall, 1997, p.35).

Los médicos de la época eran sabedores del gravísimo riesgo que el parto suponía para la supervivencia de las mujeres y pensaron que si se mejoraba la asistencia se elevaría tanto la salud materna como la infantil. En la medida que la exploración del cuerpo femenino les estaba vetada por los preceptos religiosos, concentraron su misión en instruir a las comadronas y, como no tenían conocimientos sobre la biología y la fisiología femenina, volvieron a los textos de la época clásica para recopilar los conocimientos existentes y escribirlos en lengua romance que era la que conocía el pueblo, en vez de utilizar el latín.

En nuestro país, el mejor exponente de esta corriente educadora hacia las comadronas es el libro de Damià Carbó publicado en 1541 con el título *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*, que ha sido analizado exhaustivamente (Martínez Molina, 1994). La situación en Francia a finales del siglo XVI y comienzos del XVII era similar, y destaca la importancia de la *sage-femme* Louise Bourgueois que escribió diversos tratados sobre la atención al parto para la formación de las comadronas y de los cirujanos barberos que se estaban iniciando en el arte de partear.

Las parteras fueron acusadas en ocasiones de brujería y tuvieron enfrentamientos con las autoridades eclesiásticas por el acto del bautizo del recién nacido. En un período de agitaciones campesinas, de insurrecciones y de rebeldías se desviaba la atención hacia estos procesos, manifestándose la crueldad humana

¹⁰ La actuación de los cirujanos estaba enfocada a la extracción del feto vivo mediante cesárea *post mortem*.

hacia un grupo marginado: las mujeres –pobres y *brujas*–. A pesar de que muchos de los remedios utilizados por las parteras procedían de la sabiduría popular y a otros se les atribuían valores *mágicos*, podemos concluir que la distinción que a finales de la Edad Media existía entre las curanderas y los médicos no tenía ninguna base científica ya que:

“...La bruja era empírica; confiaba más en sus sentidos que en la fe o la doctrina; creía en la experimentación y el fallo, en la causa y el efecto. Su actitud no era religiosamente pasiva, sino activamente curiosa. Confiaba en su capacidad de hallar los medios para combatir la enfermedad, para tratar el embarazo y el parto, ya fuera por medio de medicamentos o hechizos. Para decirlo en pocas palabras, su magia era la ciencia de la época (...) Nada en la práctica médica de las postrimerías de la Edad Media entraba en conflicto con la doctrina de la Iglesia, y muy poco tenía de *ciencia*. Los alumnos de Medicina... pasaban años estudiando a Platón, Aristóteles y la teología... El estudiante o el doctor rara vez veía a un paciente, y no se le enseñaba con ningún tipo de experimentación... Frente a una persona enferma, el médico educado en la Universidad apenas podía recurrir a algo que no fuera la superstición... Ése era el nivel de la *ciencia* médica en la época en que se persiguió a las curanderas brujas acusadas de practicar la *magia* (Ehrenreich y English, 1998, pp. 12-15).

Durante el siglo XVI se inició un proceso que años más tarde daría un giro radical al funcionamiento mantenido desde los inicios de la humanidad: las mujeres dejarían de tener la hegemonía de la asistencia al parto y el prestigio inherente a ese importante papel social. Durante más de cincuenta años los médicos utilizaron su situación privilegiada en cuanto al saber, y aprovecharon para escribir lo que las comadronas les contaban

sobre determinadas destrezas para asistir los partos. Ambroise Paré escribió un tratado de obstetricia en el cual aludía a la versión podálica y a otras maniobras recuperadas de los textos de la época clásica, esta vez escrito en lengua francesa. En la Facultad de Medicina de Marburgo se redescubrieron los efectos de ciertas hierbas que aumentaban la frecuencia y la intensidad de las contracciones y que habían sido utilizadas desde tiempos anteriores por las parteras, incluso muchas de ellas habían sido acusadas de brujería por ello y quemadas en la hoguera. Cuando los médicos de Marburgo conocieron y utilizaron dichas hierbas confirieron a estos saberes carácter científico.

2.2.- El parto *ilustrado*¹¹.

Durante el siglo XVII se produjeron importantes cambios sociales, políticos y científicos en Europa. La explosión de conocimientos científicos en anatomía y fisiología hizo que muchos hombres se interesaran por el estudio y la práctica de la asistencia al parto. Aparece la presencia de los varones en el escenario del parto con el nombre de cirujanos-comadrones. Un factor determinante lo constituyó la creación de los fórceps en el seno de una familia de médicos: los Chamberlen. Aunque las matronas siguieron asistiendo la mayor parte de los partos que se producían en las ciudades y todos los que sucedían en el medio rural, la amenaza que suponía la incursión de los hombres en el

11 Introducimos el concepto 'ilustrado' por la justificación que se dio a la entrada de los hombres médicos en la atención al parto, argumentando que ellos con su formación académica iban a superar la inferioridad de las parteras, su suciedad, ignorancia y superstición.

denominado arte de partear, hizo que surgiera la preocupación en éstas. Como más adelante explicaremos con mayor detenimiento, no solo estaba en litigio la intromisión en una labor desempeñada por las mujeres durante siglos, sino que hubo por parte de los médicos y cirujanos una campaña de desprestigio hacia las matronas, tachándolas de ignorantes, sucias y responsables de la mortalidad materno-infantil propia de aquellos tiempos de guerras, epidemias y pobreza de la mayoría de la población.

La gran cantidad de muertes que se producían como consecuencia de los partos no disminuyó ostensiblemente hasta el descubrimiento de la asepsia siglos después. Es cierto que las parteras eran mujeres, en su mayoría con escasos conocimientos reglados y alejadas de los avances de la medicina, pero también es cierto que la ignorancia de los médicos sobre la anatomía femenina y de las técnicas relativas al parto hubieran podido superarse de no ser por la misoginia institucionalizada en el mundo científico de la época (Rich, 1986).

La primera mujer que destacó no sólo profesionalmente, sino también por su transmisión de conocimientos por escrito fue Louise Bourgeois. Atendió los partos de María de Medicis, trabajó en la maternidad pública Hospital Dieu de Paris, donde formó a las comadronas y cirujanos del mismo hospital y escribió tres libros. Relatando los partos de la reina en uno de ellos, y en los otros aportando sus puntos de vista en cuanto a las posiciones del feto dentro del útero y otros aspectos relativos a la higiene y la actuación ante los partos basados en sus propias experiencias.

No obstante, las incursiones de Paré en Francia, de Carbó en España y de otros médicos escribiendo textos que, según ellos,

servirían para la formación de las parteras¹², tuvieron su efecto y los médicos fueron introduciéndose en un campo que hasta el momento había sido ajeno para ellos¹³, como hemos anotado más arriba por causas de índole religiosa o por dignidad personal.

El reconocimiento que las parteras se habían ganado practicando un oficio que los hombres médicos no habían considerado a la altura de su prestigio, disminuyó ostensiblemente cuando los médicos y cirujanos se introdujeron en el arte de partear a través de un instrumento, el fórceps, que vino a sustituir en los casos difíciles la atención manual prestada por las matronas¹⁴.

Otro aspecto que aparece a partir de la presencia masculina en los partos fue la posición de decúbito supino, introducida por los doctores Clement en Francia y Leake en Inglaterra, que situaba a la mujer en una postura objetivamente incómoda y pasiva para ella con el propósito de mejorar la asepsia y, sobretodo, de facilitar la tarea del obstetra¹⁵.

12 Este objetivo de contribuir a la formación de las comadres o parteras, remarcado en todos los textos escritos por los médicos y cirujanos, es difícil de creer ya que la mayoría de ellas no sabían leer ni escribir. Además del objetivo explícito, indudablemente, estos médicos ejercieron el paternalismo situándose como los poseedores del saber científico, llevando a cabo la misión de vigilar y adoctrinar a otras *clases sanitarias inferiores*.

13 En 1522 un médico de Hamburgo se atrevió a vestirse con ropas de mujer para poder presenciar un parto. Como consecuencia, fue degradado profesionalmente y condenado a la hoguera.

14 Los fórceps, introducidos por los Chamberlen, fueron considerados como un secreto familiar durante varias generaciones, hasta que Hugh Chamberlen intentó vender su secreto al célebre obstetra francés François Mauriceau y, finalmente, lo vendió a un colega holandés.

15 Las parteras utilizaban la posición erguida o la silla obstétrica, de la cual existen grabados con sus distintas variedades.

Durante el siglo XVIII se produjeron apasionados debates entre las comadronas y los cirujanos, las primeras defendiendo la regularización de su profesión y criticando abiertamente el uso que éstos hacían de los fórceps sin dominar perfectamente la técnica, así como manifestando su oposición a que la partería fuera practicada por hombres, argumentando que la paciencia, la experiencia y la capacidad natural de las mujeres que hasta entonces asistían los partos podía evitar en la mayoría de las ocasiones la utilización de instrumentos. La matrona francesa Louise Bouguese, matrona de María de Medici en el siglo S. XVII escribió:

"...quisiera suplicar a los cirujanos que asisten a las mujeres en su parto que saquen la placenta con paciencia, como las matronas, o que dejen que la matrona la saque, por el desgarramiento que he visto en placentas que algunos cirujanos extraen" (Ortiz y Sánchez, 1996b, pp. 155-170).

Elizabeth Nihell, matrona graduada en la escuela del Hôtel Dieu de París, argumentó en su libro *A Treatise on the Art of Midwifery: Setting Forth Various Abuses Therein, Especially as to the Tractice with Instruments*, con vehemencia contra la utilización de instrumentos, acusando a los cirujanos de usar el fórceps para precipitar los partos y para ir adquiriendo experiencia en su manejo, sirviéndose de este medio para desplazar a las mujeres de la profesión.

"Admito, sin embargo, que hay muy pocas parteras que sean lo bastante competentes en su profesión. En este aspecto, están...casi al mismo nivel que los parteros, con la diferencia...de que son incapaces de actuar con verdadera malicia como los hombres...Éstos, con menos ternura y más temerosidad, trabajan con instrumentos, cuando la habilidad y la práctica de una buena partera...demostraría más eficacia

para salvar a la madre y al hijo; siempre con la preferencia debida por la madre" (Rich, 1986, p. 223).

Un fenómeno que guarda relación con el incremento de los hombres en la práctica obstétrica es el notable aumento de la fiebre puerperal, que entre los siglos XVII y XIX alcanzó proporciones de epidemia. Tanto las manos del médico, como las del cirujano o la partera eran transmisores potenciales de bacterias. Pero la diferencia era que las matronas permanecían con la mujer desde el comienzo de las contracciones hasta horas después del parto. Por el contrario, los médicos y cirujanos llegaban al parto para aplicar sus fórceps, después de haber atendido otras enfermedades. Por tanto, la posibilidad de contagio era mayor. En los escasos hospitales de la época las condiciones sanitarias eran insuficientes y la atención se destinaba a las personas pobres que no podían pagar la visita en el domicilio.

En 1861 Semmelweis, médico vienés, publicó un libro en el que explicaba las conclusiones a las cuales había llegado tras varios años de observación de nacimientos y muertes en el hospital maternal de Viena. El descubrimiento de que la causa de las terribles infecciones puerperales que se llevaban la vida de miles de mujeres era la transmisión producida por las manos de los médicos y los estudiantes, los cuales, después de tocar cadáveres u otras sustancias contaminantes, se trasladaban a asistir a las mujeres en trance de parto, le ocasionó el enfrentamiento con otros médicos políticamente poderosos y su descrédito profesional. Veinte años después de su muerte, tras la defensa efectuada por Lister del principio de asepsia en cirugía, y de la demostración que hizo Pasteur de la realidad de la infección bacteriana, se aceptó finalmente la exigencia de Semmelweis de que se produjera el lavado de manos previo a la asistencia al

parto, dando paso a un nuevo período: aquel en el que el hecho de parir comenzó a tecnificarse.

2.3.- El parto actual. Los antecedentes remotos.

Volviendo a la situación en España, desde el punto de vista legislativo, en 1779 se dan los primeros pasos para unificar las enseñanzas de la Medicina y la Cirugía, haciendo referencia a los sangradores y matronas o comadres¹⁶.

A principios del siglo XIX mediante una Real Cédula de S.M. del 6 de mayo de 1804, "...se aprueban y mandan observar las Ordenanzas generales formadas para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía, y gobierno de esta Facultad en todo el reino"¹⁷. En el Capítulo XVI hace referencia a la necesidad de realizar una prueba de acreditación para tener un título oficial: "*Exámenes de reválida para los licenciados en Cirugía, para los Cirujanos, Sangradores y Parteras*". En el Capítulo XVIII hace referencia a la sanción que deberá aplicarse a las personas que ejerzan el intrusismo "*Penas de los que exerzan la Cirugía sin título, prerogativas, facultades y exenciones de los Cirujanos aprobados, y de los Sangradores y Parteras*"¹⁸.

¹⁶ Real Orden de 20 de abril de 1779, para la reunión de la Medicina con la Cirugía, que deben regir provisionalmente hasta que se forme una Ordenanza que abrace todas las reglas precisas para el gobierno de esta Facultad reunida. En el artículo 3º hace referencia a Sangradores y Matronas o Parteras.

¹⁷ Real Cédula de S.M. de 6 de mayo de 1804.

¹⁸ Esta regulación de la reválida para las parteras, se vio modificada por otra Real Orden de 4 de febrero de 1816, por la que se modifica el Capítulo XVI, párrafo 3º de la Real Cédula de S.M. de 6 de mayo de 1804. Hace referencia a

En 1857 fue cuando se estableció en nuestro país el acceso al estudio en las Facultades de Medicina para las aspirantes al título de matrona¹⁹. En 1867 se establecieron las matrículas, grados, títulos y certificados, disponiéndose las tarifas que se debían abonar por los derechos de las matrículas. Los Practicantes y Matronas tenían que abonar 80 escudos por cada título²⁰.

El número de alumnas matriculadas²¹ desde la proclamación del Reglamento para su enseñanza en 1861 y la primera década del nuevo siglo, pasó de 121 alumnas –en el total de las Universidades donde se podía obtener la titulación– hasta 454 en un período de 50 años, como podemos apreciar en la siguiente tabla (Ortiz y Martínez, 1997, pp. 61-80):

los exámenes de reválida para los Licenciados en Cirugía, para los Cirujanos, Sangradores y Parteras, debiendo además, tener cumplidos 22 años.

¹⁹ Ley de Bases de 9 de septiembre de 1857. Aunque hubo varias normas más sobre las características de los exámenes de reválida no fue hasta 1857 cuando la denominada Ley Moyano, por la que se aprueba la Instrucción Pública, estableció en su artículo 41 que 'el Reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de Matrona o Partera'.

²⁰ Real Decreto de 3 de agosto de 1867.

²¹ Los estudios podían cursarse en las Facultades de Medicina de Barcelona, Madrid, Sevilla, Valencia, Granada, Salamanca, Valladolid y Zaragoza.

TABLA 1

NUMERO DE TITULOS DE MATRONAS SEGÚN PERIODOS Y UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA

Año	Num. total	Numero según Universidades								
		B	M	Se	V	G	Sa	Va	Z	Other
1853-60	170	81	15	14	53	6*	0	0	0	1
1861-68*	121	61	16	12	25	5	1	1	0	0
1877-82	202	82	39	21	41	11	0	4	4	0
1883-88	264	157	19	27	19	17	2	1	20	2
1889-94	454	198	41	73	64	19	6	5	48	0
1895-900	505	189	55	80	62	17	6	11	82	3
1901-06	585	208	67	100	81	22	8	17	74	8
1907-12	454	153	69	91	59	21	0	17	37	7
Total	2,755	1,129	321	418	404	118	23	56	265	21

B: Barcelona; M: Madrid; Se: Sevilla; V: Valencia; G: Granada; Sa: Salamanca; Va: Valladolid; Z: Zaragoza.

Fuente: A.G.A., Sección Educación, *Libros de registro de títulos*, sign. 91 y 104 a 106.

*Entre 1869 y 1876, periodo de vigencia de la Libertad de Enseñanza, deja de haber datos .

Tabla 1. Número de títulos de matronas según períodos (1853-1912). Tomada de Ortiz (1999b, p. 60).

El sector médico más conservador oscilaba entre los que escribían desacreditando a las comadronas o parteras porque consideraban que la instrucción aprobada mediante la legislación no las haría salir de su ignorancia, y los que las aceptaron como un mal menor. Veamos dos ejemplos ilustrativos. El primero:

"Por mucho que en el nuevo plan de Parteras se las quiera instruir o moralizar, ni sabrán más que la comadre Mariana, ni tendrán menos envidia y rencor a los médicos que se hallen en el caso de juzgar su conducta. Refrán de ciego: ni beata en hospital ni partera en mi casa"²² (Alvárez Ricart, 1988, p. 178).

²² Se trata de un discurso de Robustiano Torres, médico de Játiva, en 1862.

Y el segundo:

"No son nuestras mujeres españolas como las inglesas o alemanas, y por consiguiente no hay que temer que nos hagan daño en nuestras carreras y destinos profesionales" (Álvarez Ricart, 1988, p. 180).

Opiniones como las recogidas por Álvarez Ricart, son similares a las que podemos encontrar en Gran Bretaña, donde algunos médicos estuvieron de acuerdo en que las comadronas alcanzaran el estatus de profesionales *con atribuciones restringidas*, siempre y cuando recibiesen formación. Pero la mayoría de ellos deseaban su desaparición, ya que las consideraban ignorantes e incompetentes y, por tanto, una amenaza para la sociedad. Las que habían recibido formación eran percibidas como competidoras potenciales. Towler y Bramall recogen las opiniones escritas por la singular pionera de la enfermería Florence Nightingale, quien consideraba que:

"la práctica de la atención al parto debía seguir en manos de las mujeres, pero inteligentes, educadas, formadas y diestras, conocedoras de todos los aspectos de la obstetricia, que pudieran consultar con los médicos sólo cuando fuese necesario" (Towler, 1997, p.196).

En nuestro país, en el Reglamento para Practicantes y Matronas publicado en 1861, desarrollado según la Ley de Instrucción Pública, se establecían diferencias de género según cual fuera el sexo del discente ya que para los practicantes los requisitos eran tener 16 años cumplidos y haber realizado la Enseñanza Elemental completa; mientras que para las aspirantes a obtener el título de matrona habían de tener más de 20 años,

haber recibido la Enseñanza Elemental completa y, además, ser casadas –por lo que tenían que presentar una licencia de sus maridos, autorizándolas para seguir estos estudios- o viudas. En ambos casos, por el hecho de ser mujeres, tenían que acreditar buena vida y costumbres, mediante una certificación que debían emitir sus respectivos párrocos. Las enseñanzas para las futuras parteras o matronas debían ser recibidas a puerta cerrada y en horario diferente a las de los practicantes. La obtención del título establecía cuáles eran sus funciones.

"Art. 50. El título de *Partera o Matrona* autoriza para asistir a los partos y sobrepartos naturales, pero no a los preternaturales y laboriosos; pues tan pronto como el parto o sobreparto deje de mostrarse natural, las Matronas deben llamar sin pérdida de tiempo a un Profesor que tenga la autorización debida para ejercer este ramo de la ciencia. Sin embargo, como meros auxiliares de los facultativos, podrán continuar asistiendo a las embarazadas, parturientas o paridas."²³

En cuanto a la formación académica previa para poder cursar los estudios de matrona a la que nos hemos referido, se ponía de manifiesto el régimen patriarcal de la sociedad de la época. Se trataba de una *Enseñanza elemental completa para niñas* y constaba de:

"Doctrina cristiana y nociones de Historia sagrada acomodadas a los niños; lectura, Escritura; principios de Gramática castellana con ejercicios de Ortografía; principios de Aritmética con el sistema legal de medidas, pesas y monedas; y ligeras nociones de Higiene doméstica" (Ortiz, 1999^a, pp. 183-195).

²³ Gaceta de Madrid. Nº 332. Jueves 28 de noviembre de 1861.

Posteriormente el reconocimiento profesional de la matrona se vio reforzado en 1865 cuando se dispuso que las clases de médicos y cirujanos pasaran -para contribuir al subsidio industrial- a formar parte de la tarifa de profesiones en la forma que se expresa en la Real Orden de 27 de julio de 1865, haciendo referencia a Cirujanos romancistas, Comadronas y Sangradores.

El decreto de libertad de enseñanza publicado en 1868, siendo ministro de Fomento Ruiz Zorrilla²⁴, permitió que la formación para ser matrona –como para otros ejercicios profesionales– se pudiera estudiar en academias privadas acreditadas para la enseñanza, aunque los exámenes debían realizarse en la Facultad de Medicina. En una de estas academias, *la Escuela especial de obstetricia para señoras o Enseñanza de Matronas* de Madrid, impartió clases Francisca Iracheta, utilizando un libro de apoyo a la docencia escrito por ella misma. En el prólogo del texto expuso sus opiniones sobre el ejercicio de la profesión y la traba que significaba la presencia de los comadrones varones, así como sobre la discriminación de las mujeres:

"Causa es de ello su elevado fin, el bien de mis semejantes, y muy particularmente el de mi sexo, injustamente postergado por el hombre, pues facilitando la enseñanza y la práctica de la obstetricia a la mujer, han de resultar beneficios a la sociedad.

(...) A pesar del poco tiempo que cuenta de existencia y de los celos que causen las señoras dedicadas a este ejercicio a algún émulo, a algún intruso tan ignorante como rutinario.

(...) Al no demostrar mi repugnancia con el precepto por el que se fija un límite a las atribuciones de las Matronas, nadie crea que consiste en que yo desconozca que pueda haber

²⁴ Gaceta de Madrid. Nº 306. 22 de octubre 1868

mujeres tan aptas y dignas como hay hombres, para hallarse adornadas, como ellos, con títulos científicos, y si alguien abrigase contrario parecer, todo se arreglaría con que según la materia de que se tratara, probasen tanto los unos como las otras su suficiencia con repetidos y rigurosos exámenes" (Ortiz, 1999^a, pp.183-195).

El texto, publicado en 1870, es de una relevancia notable no solo por ser el primero escrito por una matrona en España, sino que, además, ésta tuvo la osadía de escribir sobre temas de obstetricia, privilegio que hasta entonces había estado reservado en nuestro país a los médicos, y de hacer pública su forma de pensar en cuanto a las limitaciones impuestas a las mujeres desde la legislación y la opinión expresada por los varones en la prensa y en artículos científicos.

No podemos tampoco pasar por alto la relevancia de Dolores Aleu y Riera, una de las pioneras de la profesión médica en España. Se matriculó en la Facultad de Medicina de Valencia en el curso 1874-75 y tuvo que asistir a las clases acompañada de su hermano, también estudiante de medicina. Obtuvo la licenciatura en 1879 y solicitó medidas de gracia para poder realizar su doctorado, el cual finalizó en 1882. El tema de su tesis trataba directamente la educación de la mujer: *Conveniencia de dirigir por nuevas vías la educación higiénico moral de la mujer*. En la defensa de la misma, utilizó el discurso científico como sus compañeros varones para justificar los planteamientos de género vigentes. No obstante, Aleu y Riera reivindicaba la instrucción de las mujeres, fundamentalmente, en lo referido a sus roles maternos y a los que por razón de sexo se entendía que debía realizar la mujer (cuidado de enfermos, niños y ancianos) y rebatía la supuesta inferioridad de las mujeres, mostrándose conocedora

tanto de los avances médicos como de las corrientes feministas internacionales: "Hago uso de un derecho ya indiscutible, por más que –y esto es lamentable– tenga límites en un corto número de españolas" (Martínez, Pastor y Pascua, 2000, pp. 388-390).

Realizó distintas publicaciones entre las cuales cabe destacar *Consejos a una madre. Sobre el régimen, limpieza, vestido, sueño, ejercicio y entretenimiento de los niños*, folleto que salió a la luz en 1884 y que iba dirigido no solo a las madres sino también a las matronas. Colaboró en importantes organizaciones y publicaciones internacionales, pero no fue admitida en las organizaciones españolas que pusieron todas las trabas posibles a su entrada en las corporaciones científicas.

Desde finales del siglo XIX hubo un colectivo de mujeres comadronas que expresaron su preocupación por la higiene aplicada a la maternidad, al tiempo que manifestaron una clara defensa feminista de la mujer y de la equiparación de sus derechos con los de los hombres, incluso cuestionando en alguna publicación el modelo de género entonces vigente:

"Está en nosotros incrustada una idea fatal para la redención de la mujer. La voz latina *femina* que significa femenina (hembra) nos da una idea exclusivista de que ese hermoso ser está únicamente destinado a concebir y propagar la especie humana; como si la mujer, como el hombre, no fuera un ser moral, intelectual, social, sobre el cual la civilización va reconociéndole sus derechos que, tarde o temprano, habrán de consignarse en los códigos para igualarla al hombre"²⁵ (Nash, 2000, pp. 687-708).

²⁵ La revista aludida es *La mujer y la higiene*, dirigida por una comadrona de la Beneficencia Municipal de Barcelona, Rosa Vinyals.

En estos años las matronas eran las únicas profesionales de la enfermería, además de los practicantes, que disponían de una regulación legal, tanto a nivel legal como académico (Siles, 1999, p. 244). Como anunciábamos anteriormente su regulación académica data de mediados del siglo XIX, en que fue aprobada su titulación mediante la llamada Ley Moyano: "El reglamento determinará las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona o Partera²⁶".

Durante la última década del siglo XIX las inquietudes profesionales y laborales de las matronas se habían canalizado a través de la publicación de una revista *El eco de la matrona*, que salió a la luz en Barcelona en 1893. Desde sus páginas se sentarían las bases para elaborar la normativa de creación de los colegios oficiales de matronas. El siguiente paso para avanzar en el desarrollo profesional fue mediante un instrumento corporativista: la lucha por la colegiación. Hasta principios de los años treinta del siglo XX, el control interno de las profesiones sanitarias, entre las que se incluían practicantes y matronas, era asumido por subdelegados de los colegios de medicina.

²⁶ Ley de Instrucción Pública 1857. Consultada el 6/04/2008. Disponible en: http://www.personal.us.es/alporu/historia/ley_moyano_texto.htm.

Capítulo 3.- Mujeres, matronas y partos. De casa al hospital.

3.1.- Matronas de antes de la guerra.

Entre los problemas que afectaban a la España de principios del siglo XX el principal era la altísima mortalidad infantil, que se situaba en torno al 172 por mil, siendo la más elevada de toda Europa (González Canalejo, 2007). La mortalidad materna también era más que notable, debido al gran número de partos que soportaban los cuerpos de las mujeres, a las escasas condiciones sanitarias –el agua no estaba potabilizada y no había redes de eliminación de residuos fecales– y a la deficiente asistencia de los mismos por mujeres sin titulación²⁷. La mayor parte de éstas carecían de la más mínima formación en las normas de higiene elementales, siendo la causa más frecuente del fallecimiento de las mujeres la septicemia puerperal.

En las maternidades de la Beneficencia municipal, donde había una o dos matronas tituladas y algún obstetra, iban a dar a luz las mujeres muy pobres que no tenían el seguro de maternidad²⁸ (Siles, 1999, p. 285) y no tenían recursos para pagar

²⁷ La mayoría de las mujeres en las zonas rurales y las mujeres pobres en las ciudades no podían contar con la asistencia de las pocas matronas que tenían una experiencia acreditada, y no tenían más remedio que buscar la presencia de aficionadas, las cuales no se habían formado acompañando a otra matrona en ejercicio ni con el asesoramiento de ningún médico. Las matronas las llamaban "intrusas".

²⁸ El número de familias que pudieron acogerse al Seguro de Enfermedad fue aumentando al pasar de los años, pero las cifras evidencian su lenta implantación ya que en 1953 el número total de acogidos no alcanzaba el 30%. En 1968 la cobertura alcanzaba a más del 70% de las personas.

la atención de una comadrona en su domicilio. También acudían allí desde las áreas rurales las mujeres a las que se les había complicado el parto. Por último, estaban las usuarias *distinguidas*, mujeres de la ciudad con suficiente poder adquisitivo.

La tradición aceptaba que en determinados espacios rurales las parteras no tituladas realizaran los partos dada la lejanía y la ausencia de profesionales con titulación. Pese a ello, la legislación amparaba a las matronas²⁹, ya que la preocupación por la higiene y por disminuir las altas tasas de mortalidad de las mujeres y los recién nacidos a causa del parto se había plasmado en las leyes, y eran las matronas tituladas o los practicantes –en los pueblos donde no había matrona–, los responsables de atender los partos.

En 1902, el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes publicó una Real Orden reorganizando las enseñanzas de los practicantes, por la que se aprobó el programa para su titulación que pasó a denominarse *Practicante autorizado para la asistencia a partos normales*³⁰. De los setenta y ocho temas que comprendía el programa de formación, treinta eran dedicados a la obstetricia, con lo cual la polémica entre las competencias de éstos y las de las matronas estaba servida.

Dos años después, sin embargo, en 1904, las mujeres pudieron optar al título de practicante, tras medio siglo de exclusión³¹. En los manuales de estudio, elaborados por médicos de fuerte perfil conservador, se les formaba fundamentalmente en labores tradicionalmente desempeñadas por mujeres, dejando de lado aspectos teóricos y técnicos.

²⁹ Ya desde 1925 se había publicado el Reglamento para Sanidad Municipal, disponiendo que en cada partido médico hubiera un practicante y una matrona, especificando las tareas que había de asumir cada uno.

³⁰ Gaceta de Madrid. Nº 95. 5 Abril 1902.

³¹ Gaceta de Madrid. Nº 225. 12 Agosto 1904.

No solo los médicos se opusieron a la profesionalización de las enfermeras, sino que los mismos practicantes, varones y miembros de la misma cultura patriarcal, desprestigiaron de manera reiterada la validez de la práctica del cuidado, evocando persistentemente tanto el rol doméstico como el fundamento sobre el que debía regirse la formación de las enfermeras (González Canalejo, 2007). El perfil androcéntrico presente en el discurso científico se puso de manifiesto en los requisitos exigidos a las mujeres que aspiraban a ejercer las profesiones de matrona, enfermera o practicante. Recogían los atributos y estereotipos de género imperantes para la mujer y entre ellos destacaba ser obedientes, calladas, delicadas con los enfermos y abnegadas trabajadoras (Ortiz, 2000, pp.185-187).

González Canalejo ha estudiado el caso almeriense, en cuanto a las mujeres asistidas en sus partos en la Casa de Maternidad entre los últimos diez años del siglo XIX y la primera década del XX. La mayoría de estas mujeres eran madres solteras, y destaca el compromiso de las matronas de la institución almeriense con la situación social de exclusión de las mismas a partir de tres principios en los que basaron su atención: la preservación de la vida, el derecho a una asistencia digna –defendiendo que debían ser atendidas por las profesionales legítimamente tituladas–, y el cuidado materno-infantil, que se efectuaba visitando a las madres y los recién nacidos en los días posteriores al parto, realizando la higiene de los mismos y proporcionando educación sanitaria a las recién paridas.

En el período entre 1902 y 1923 se produce una fase de inestabilidad política, sucediéndose treinta y nueve presidentes de gobierno y cincuenta y tres ministros de Instrucción pública (Siles, 1999, p.246). Como hemos dicho unos párrafos más arriba, siendo Ministro de Instrucción Pública en el gobierno de Sagasta,

Romanones elaboró en 1902 un Plan de Estudios que favorecía la creación o mantenimiento de las carreras cortas de carácter técnico. Así mismo, impulsó la unificación de la enseñanza de los practicantes.

La siguiente modificación legislativa importante se produjo en 1921, con el Reglamento General de Instrucción Pública que ofrecía un cuadro de materias y carreras especiales que debían cursarse en las facultades, como era el caso de practicantes y matronas. Durante la dictadura de Primo de Rivera se crearon la Escuela Nacional de Puericultura en 1923 -dependiente del Consejo Superior de Protección a la infancia cuyas funciones multidisciplinarias iban encaminadas a la reducción de la mortalidad infantil, con proyección docente y científica-, y la Escuela Nacional de Sanidad en 1924 -como organismo autónomo dependiente de la Dirección General de Sanidad-. Allí se formaron enfermeras y enfermeros puericultores, visitadoras sanitarias y matronas puericultoras, con una visión global e integradora de la profesión de enfermería. Fue en 1924³² cuando se creó la primera escuela profesional de la que se tiene referencia legal, La Casa de Salud Santa Cristina de Madrid, que obtuvo la categoría de Escuela Oficial en 1940³³.

³² En sus comienzos, la entonces llamada Escuela de Matronas y Casa de Salud Santa Cristina tenía por finalidad el "alivio de mujeres desvalidas y enseñanza teórica y práctica de Matronas", en una época en la que, como sabemos, la asistencia al parto se realizaba fundamentalmente por comadronas en el domicilio de la parturienta.

³³ BOE Nº 70, página 1723, mediante una Orden del 1 de marzo de 1940, donde se establecen los estudios oficiales para la obtención del título de Matrona en la Casa de Salud de Santa Cristina.

Las matronas puericultoras cursaban estudios relacionados principalmente con asignaturas de Puericultura Intrauterina, y las prácticas las realizaban en la escuela o en organismos auxiliares, consistiendo fundamentalmente en asistencia social y en la denominada profilaxis, mediante visitas domiciliarias a embarazadas y niños.

En cuanto a la estructuración del sistema hospitalario y el control de las actividades docentes en estos centros, el siguiente avance legislativo se produjo en 1930 con la publicación del Reglamento de Instituciones Sanitarias haciendo que todos los establecimientos sanitarios pasaran a ser responsabilidad del Estado:

a) Dependencias directas del Estado

"...se incluirán en este apartado todas aquellas creadas, o que en lo sucesivo se creen y sostenidas o que en lo sucesivo se sostengan a expensas de los Presupuestos generales de la nación, en su sección de Sanidad; serán servidas por personal perteneciente a la rama de Instituciones Sanitarias del Cuerpo de Sanidad Nacional o, en su defecto, al de las otras dos ramas, según preceptúen las disposiciones vigentes".³⁴

b) Intervenidas por el Estado

"... Se incluirán todas aquellas para cuya construcción y sostenimiento contribuya éste con cantidades consignadas en la Sección de Sanidad en sus Presupuestos Generales, y que por su carácter sanitario y social requieran la intervención, inspección y fiscalización frecuente de las Autoridades Sanitarias oficiales."³⁵

³⁴ Gaceta de Madrid. Nº 164. 13 junio 1930.

³⁵ Idem

c) Subvencionadas por el Estado

"...aquellas fundadas por organismos oficiales o entidades particulares que soliciten y obtienen periódicamente el auxilio económico con cargo a alguno de los capítulos correspondientes a la Sección de Sanidad de los Presupuestos Generales de la nación"³⁶.

Las matronas, después de haber conseguido la reglamentación de sus estudios y la determinación de sus funciones, todavía tenían diversos problemas a resolver que, como avanzamos anteriormente, habían sido canalizados a finales del siglo XIX por medio de la revista *La voz de las matronas*: la ética, el intrusismo, la regulación y homogeneización de los honorarios y las cuotas a abonar para la colegiación, así como los derechos y deberes de las colegiadas. Los profesionales de enfermería solicitaron tener subdelegados propios, por lo que hubo un primer intento en 1923 en el caso de las matronas, cuando se presentó ante el Gobierno Civil la propuesta de Reglamento del Colegio de Matronas de la provincia de Alicante, siendo denegada.

Hasta 1930, año en el que se aprobó mediante Orden Ministerial la colegiación oficial y obligatoria³⁷, los colectivos de matronas que se fueron estableciendo en distintas provincias funcionaron como asociaciones sin carácter institucional. Los motivos que las autoridades esgrimieron para justificar la denegación, tanto de los colegios de practicantes como los de matronas, tenían que ver con la mentalidad de la época, ya que las funciones de unos y otras no estaban suficientemente perfiladas

³⁶ Idem.

³⁷ Gaceta de Madrid. Nº 129. 9 mayo 1930. "... se establece la colegiación obligatoria a la clase de Practicantes y se aprueba para el régimen de los colegios los Estatutos que se insertan".

para separarse de la medicina, de la que eran una profesión auxiliar.

A pesar de la aprobación de la colegiación obligatoria, tanto practicantes como matronas siguieron dependiendo de los colegios médicos, imitando muchos de sus mecanismos de actuación. Uno de los efectos, quizá de los más importantes que generó la Real Orden, fue que las matronas, poco después, solicitaron la colegiación obligatoria para ellas y les fue concedido. Es como si la administración se hubiera marcado como meta regular de alguna manera las *clases sanitarias auxiliares*. Lo cierto es que para las matronas la colegiación obligatoria fue un tremendo espaldarazo ya que, a partir de ese momento, se fueron consiguiendo una serie de logros profesionales, tanto laborales como de reconocimiento social, que llevaban décadas reivindicando. Así, se les concedió un *Carnet del Practicante*³⁸ que, aunque puede parecer un hecho simplemente simbólico, se convirtió en una especie de salvoconducto frente a los intrusos y un símbolo de reconocimiento social.

Sin duda, la Real Orden de 28 de diciembre por la que se aprobaron los Estatutos para los Colegios Oficiales de Practicantes en Medicina y Cirugía donde se estableció la colegiación obligatoria para el ejercicio profesional fue un respaldo importante para el colectivo, asumía funciones delegadas por la Administración del Estado y le autorizaba a organizar y establecer algunos de los servicios necesarios para las personas que ejercían la profesión como Montepíos, Socorros Mutuos, Cajas y otros que se considerasen pertinentes.

³⁸ Real Orden de 14 de marzo de 1930.

Así, apenas cinco meses después, otra Real Orden³⁹ estableció el Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas. El articulado es prácticamente igual al establecido para los practicantes, diferenciándose únicamente en la justificación de motivos, que en este caso obedece a una petición expresa de la Federación Nacional de Matronas atendiendo y transmitiendo lo solicitado en el I Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid. De este modo se justifica que es necesario contemplar las aspiraciones de las matronas españolas, ya que *“se trata de una profesión que cada día presta mayores y más importantes servicios y se ha consagrado en la práctica como una función pública de gran utilidad para los intereses sanitarios”*.

Sin embargo, los Estatutos del Colegio de Matronas recogen un artículo más que el de Practicantes, sin duda cubriendo un vacío legal que no se supo apreciar en el de éstos y no es otro que contemplar la posibilidad de disolución de la Institución y qué hacer con el dinero sobrante. Así, para las Matronas, que no para los Practicantes, se estableció en su artículo 31 lo siguiente: *“En caso de disolución del Colegio, los fondos del mismo, después de cubiertas las atenciones pendientes de pago, ingresarán en una institución de Beneficencia, preferentemente de carácter profesional sanitario”*.

Estos Estatutos colmaron bastantes de las aspiraciones que tenían las matronas, si bien la redacción del artículo 7º en el que se exigía para la colegiación, la presentación del título profesional o, en su defecto, certificado académico que demuestre haber terminado los estudios de la carrera, expedido por la Facultad

³⁹ Real Orden de 7 de mayo de 1930.

correspondiente, fue impugnado por las Matronas solicitando que solo se exigiera el título profesional y que quedaría anulado el resto de la redacción, es decir lo referido al certificado académico. Lo realmente sorprendente de esta petición es que no fue generada por la Federación Nacional de Matronas sino por el Colegio de Matronas de Madrid, lo que viene a certificar el papel de Colegio Central que en ese primer tercio del siglo jugaba aquella institución, tanto para los practicantes como para las Matronas. De este modo en la justificación de motivos, el texto de Gobernación recoge el sentido común de la petición, quedando aprobado el texto de la siguiente manera⁴⁰: "Artículo 7º: Para la Matrona en ejercicio es obligatoria la colegiación debiendo, para solicitar el ingreso en el Colegio respectivo, presentar el título profesional correspondiente".

En este mismo año, el 1 de octubre, se celebra también en la Real Academia de Medicina en Madrid una Asamblea Nacional de Matronas. Presidida por un representante de inferior nivel institucional que la de Practicantes, un Inspector Provincial de Sanidad y con una amplia representación de Matronas, Practicantes y Médicos, tomó la palabra la Presidenta de la Federación Nacional Concepción Martín. En su intervención realizó una detallada historia de los colegios de Matronas datando su nacimiento en 1910. Citó también la importancia de la anterior Asamblea Nacional, la celebrada en 1929 en la que se solicitó y aceptó por parte de la Administración la implantación de la colegiación obligatoria. En el acto, tomó también la palabra el Dr.

⁴⁰ Real Orden de 22 de abril de 1931 por la que se modifica la Real Orden de 7 de mayo de 1930.

Bardají⁴¹ (Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su Provincia, 1930, pp. 4-18), quien se congratuló de que la Asamblea se celebrara en la Real Academia de la Medicina. Argumentó que había observado una constante lucha por la superación en el conocimiento científico. Llamó a la unidad de las *clases sanitarias* concluyendo con un *"Hora es ya de que todas las clases sanitarias se unan para una obra de conjunto que sea tan grande como merece España"*.

Terminó la jornada con la inauguración de su sede en Madrid y con seis conclusiones aprobadas:

- Hojas de inscripción del recién nacido (aprobada esta conclusión por aclamación, como ponencia del Colegio de Barcelona).
- Derogación del artículo 8º del Real Decreto de 31 de agosto de 1928 (en el que se hace referencia al intrusismo autorizado oficialmente).
- Que no prescinda el médico de una Matrona como auxiliar en Tocología.
- Creación de plazas de Matronas en la Beneficencia Provincial.
- Que se solicite la rebaja de las tarifas actuales de contribución.
- Que se solicite el aumento de consignación en los Municipios, hasta alcanzar el 50% del sueldo de los tocólogos.

⁴¹ Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su Provincia. Año. XXXII, Madrid. Mayo de 1930. Nº 261. pág. 4-18.

Volviendo al tema de la formación, unos años antes de la instauración de la II República se había producido una fricción entre los practicantes y las matronas. En la práctica profesional era habitual que los practicantes realizaran los partos en los pueblos donde estaba vacante la plaza de matrona. Estas iniciaron un proceso de independencia con vistas a una mayor definición profesional que tuviera su origen en la diversificación de los planes de estudio. El gran cambio, sin duda, se produjo durante la II República. Con ella se realizó un esfuerzo para adecuar las Instituciones creadas en los años veinte –la Escuela Nacional de Sanidad y la Escuela Nacional de Puericultura–, promocionando nuevas estructuras que fueron un primer intento de articular una red sanitaria pública en nuestro país.

Aunque las matronas ya venían realizando su labor de asistencia a los partos en pueblos y ciudades, la aplicación del Reglamento para Sanidad Municipal de 1925 que disponía que en cada partido médico hubiera un practicante y una matrona, hizo necesaria desde la expedición gratuita de títulos hasta la dotación de becas para estudiar en el extranjero, con el fin de disponer de las suficientes matronas y practicantes. Dicho reglamento especificaba las funciones que debía realizar en su zona cada uno de estos profesionales, y los planes de estudio se ajustaban en gran medida a las habilidades y conocimientos necesarios para la aprobación del examen de ingreso en las instituciones locales y provinciales. Contemplaba la regulación de asuntos de salud pública como la higiene de las viviendas, la eliminación de aguas fecales y pozos sépticos, la provisión de aguas potables, la prevención de infecciones y epidemias, los enterramientos y la asistencia benéfica, donde especificaba la necesidad de que en cada partido médico hubiera un servicio municipal de matrona para la asistencia gratuita a las embarazadas pobres, siempre bajo

la dirección del médico titular en las zonas rurales y de los médicos tocólogos en las grandes poblaciones.⁴²

Durante el sexenio republicano se incrementó el número de matriculadas en las diez facultades de medicina en las que se podía estudiar la carrera, así como el de títulos obtenidos, produciéndose la novedad de que entre los cursos académicos 1934-35 y 1935-36 se matricularon siete varones en dicha carrera.

También la legislación se adaptó a las demandas de los reformistas sociales con la publicación del Reglamento General del Régimen Obligatorio del Seguro de Maternidad, en febrero de 1930, que supuso una cobertura sanitaria para las mujeres trabajadoras. En su Capítulo Primero establecía los siguientes objetivos:

"Artículo 1º El Seguro de Maternidad establecido por Real decreto-ley número 938, de 22 de Marzo de 1929, es un Seguro social obligatorio que tiene los fines siguientes:

a) Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, y cuando con ocasión de uno u otro lo necesitare;

b) Garantizar los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo antes y después del parto, y

c) Fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia"⁴³.

La implementación de esta ley significó una demanda de profesionales –tanto médicos como matronas– para la asistencia a las mujeres, y la obtención gratuita por parte de las futuras madres del material farmacéutico necesario para cubrir las necesidades de atención al embarazo, parto y puerperio.

⁴² Gaceta de Madrid. Nº 48. 17 febrero 1925.

⁴³ Gaceta de Madrid Núm. 32, 1 de febrero de 1930; p. 827.

"Tendrán derecho: a) Al material de asistencia que suele emplearse como necesario de previsión razonable en los partos; b) A las medicinas que mediante receta (...) prescriba el Médico al asistir a la beneficiaria en la gestación, parto y puerperio; y c) A los análisis corrientes"⁴⁴.

En cuanto a las matronas, la normativa las situaba dentro de las denominadas profesiones auxiliares médicas:

"Art. 13. La Matrona cobrará lo mismo en los partos normales de su exclusiva asistencia que en los distócicos, en que sólo será un mero auxiliar del Médico, incluso en los casos en los que el parto distócico sea tratado en una clínica y, en general, fuera del domicilio de la parturienta"⁴⁵.

Como ya hemos avanzado anteriormente, en el Reglamento Municipal de 1925 se había establecido que en cada partido médico –o Ayuntamiento– habría una plaza de practicante y otra de matrona para el servicio de la Beneficencia Municipal; así mismo, en dicha normativa se sancionaba una más que notable discriminación salarial entre los médicos y las denominadas carreras técnicas auxiliares de la medicina –en el caso que nos afecta practicantes y matronas titulares– ya que estipulaba su salario en un 20% del sueldo mínimo asignado al médico titular del respectivo partido médico⁴⁶.

En una primera recapitulación, podemos decir que el primer cuarto del siglo XX supuso en nuestro país, al igual que en muchos europeos, un cambio sustancial en cuanto a las estructuras

⁴⁴ Id. p.828.

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ Gazeta de Madrid. Nº 347. 12 Diciembre 1928.

sociales, económicas y demográficas que se plasmó en un proceso de modernización de la sociedad española que, como no podía ser de otra manera, produjo una importante modificación en los modelos culturales de género y en los discursos ideológicos con respecto a la mujer. En estos años se produjo –al menos en las zonas urbanas más pobladas y dinámicas– la substitución de la figura tradicional del *Ángel del hogar* por el planteamiento más acorde con los nuevos tiempos de *Mujer moderna*. Eso sí, dejando intactos los elementos centrales del discurso tradicional sobre la domesticidad de las mujeres y ensalzando la maternidad como base central de la identidad femenina:

"En la mentalidad de la época existió una clara diferencia entre los roles sociales de hombres y mujeres. La maternidad y la perpetuación de la especie representaba la "suprema misión" de la mujer, su único destino y medio de autorrealización reconocido en las pautas culturales"⁴⁷.

El elemento más relevante de este cambio de tendencia podemos encontrarlo en la justificación del discurso que durante siglos había estado marcado por una fundamentación de tipo religioso. Desde finales del siglo XIX, la llamada clase médica había ido consolidándose como un elemento de peso en el ámbito político y sociocultural y, en este contexto, algunos colectivos médicos elaboraron una argumentación sobre la maternidad desde parámetros laicos y con base científica, pero sin poner en cuestión los planteamientos de la iglesia católica. Para ellos, la madre ideal no solo gestaba y paría a sus hijos en las mejores condiciones

⁴⁷ Nash, op. cit. p. 688.

higiénico-sanitarias, sino que, además, debía responsabilizarse de una educación y unas directrices morales adecuadas:

"En su pleno esplendor (la madre) ha de considerarse más digna de su hijo, cuando no solo supo engendrarlo y parirlo, como hembra, sino ampararlo con plena conciencia, y ser de un modo directo y personal sostén de su vida y guía de su espíritu..." (Nash, 2000, pp. 692).

Los años de la II República Española fueron excepcionalmente acelerados en cuanto a los cambios que experimentó la situación de la mujer. Del utopismo de las librepensadoras de los años de la I República se pasó, como ha escrito Lola Ramos, a una secularización importante de la sociedad y a una revisión del propio concepto de república en cuanto a sus contenidos políticos y sociales. Serán las mujeres republicanas las que destaquen por su rebeldía, su radicalismo y su universalismo, y eso a pesar que sus propias experiencias políticas: "en gran medida lastradas por su exclusión de los derechos ciudadanos y por los estereotipos de género, no pueden separarse de una concepción del feminismo que reclamaba 'paso a la mujer' en la esfera pública: unos pasos medidos, progresivos, cívicos" (Ramos, 2005, p. 74).

Aunque existieron algunos colectivos que tímidamente cuestionaron la construcción de la identidad cultural de la mujer a partir de su mandato biológico, y defendieron la incorporación de ésta al mundo laboral, el discurso científico, esta vez de la pluma del eminente histólogo y Premio Nobel Ramón y Cajal, no deja lugar a dudas respecto al posicionamiento de los hombres de ciencia sobre los valores tradicionales de la maternidad como vía de realización para la mujer:

"El feminismo u "hominismo", como decía el malogrado Gómez Ocaña, conduce a un círculo vicioso. Cuantos más derechos políticos y facilidad para el trabajo extradoméstico se otorguen a la mujer, más se apartarán los hombres del matrimonio. Y, cuantos menos matrimonios, más invasora y exigente se mostrará la mujer, atormentada por el abandono, el sobretrabajo agotante y la imposibilidad de satisfacer, decorosa y legalmente, sus íntimas y sacrosantas aspiraciones a la maternidad. Y aunque las uniones legales no descendan, el niño mal atendido y el marido mal cuidado antes presagian la degradación de la raza que la elevación de su moral y de su capacidad productiva"(Ramon y Cajal, 1935, pp.160-175).

También las tesis del eminente endocrinólogo Gregorio Marañón, con su teoría de la diferenciación y de la complementariedad entre los sexos, alcanzó amplio consenso social. Dicha teoría, que afirmaba que la mujer no era inferior al hombre sino diferente, defendía la maternidad como un deber social de las mujeres. Esos posicionamientos teóricos, junto al auge de un nuevo campo científico, la *maternología*, marcarían los inicios de la medicalización del proceso del nacimiento, contribuyendo a un afianzamiento académico de la construcción de los roles de género en la España del período.

"Ahora la fórmula de la inferioridad de la mujer se ha cambiado por esta otra; no son los dos sexos inferiores ni superiores uno al otro; son, simplemente, distintos. Esto sí es la verdad (...) Diferencia infranqueable entre los dos sexos, repitémoslo todavía (...)

He aquí ya marcada, y en lo más hondo de la vida del organismo, una diferencia que nos enseña, con la fría exactitud demostrativa de la fisicoquímica, cuáles son los caminos divergentes que para cada sexo ha trazado el Destino. El hombre lucha en el ambiente externo. La mujer está hecha para

el ahorro de energía, para concentrarla en sí, no para dispersarla en torno: como que en su seno se ha de formar el hijo que prolongue su vida, y de su seno ha de brotar el alimento de los primeros tiempos del nuevo ser.

Por lo tanto, para nosotros es indudable que la mujer debe ser madre ante todo, con olvido de todo lo demás si fuera preciso; y ello, por inexcusable obligación de su sexo; como el hombre debe aplicar su energía al trabajo creador por la misma ley inexcusable de su sexualidad varonil. Oigamos otra vez la voz de Dios, insistente y eterna: "Tu mujer parirá; tú hombre, trabajarás (Marañón, 1927)" (Aguado, A. y otros, 1994, p.376).

La figura de Marañón no está exenta de polémica debido a sus aportaciones en el campo de lo que hoy conocemos como Salud Sexual y Reproductiva. Su vasta obra, con varios libros y gran cantidad de artículos, ensayos y revisiones tuvo un tema central: el dimorfismo sexual, el cual implicaba además de los temas científicos, diversos aspectos sociales, culturales e incluso morales. En 1920 había pronunciado una conferencia en la Real Sociedad de Amigos del País titulada *Biología y Feminismo*, en la que había abordado el tema de la diferenciación sexual desde el punto de vista científico, y había planteado con claridad los problemas con los que se enfrentaba la sociedad de la época: la falta de conocimientos sobre temas sexuales y la elevada mortalidad infantil por la ausencia de planificación familiar.

3.2.-Esposas y madres ante el discurso contradictorio franquista

Años después, la elevada mortalidad infantil que persistía en la España de posguerra como consecuencia de los numerosos hijos por familia y la escasez económica para alimentarlos, unido a

la imposibilidad de proponer el control de la natalidad con otros métodos que no fueran la abstención del coito debido a la rigidez del pensamiento franquista y a su propia moral católica, llevaron al Dr. Marañón a proponer la castidad matrimonial. Eso sí, advirtiéndole que ello podía desencadenar el adulterio masculino. Ante este *peligro*, el reconocido médico relajó su principio católico central de que el fin del matrimonio es la procreación, hasta el punto de admitir –de manera bastante explícita para la época– lo que él denomina el mal menor; esto es, que vale más el coito en familia, aunque sea sin interés de procrear, que el coito extramatrimonial del varón:

"Puede, pues, hablarse serenamente a hombres y mujeres de regular su aptitud concepcional en forma conveniente para ellos, para sus hijos y para la moral social, sin miedo a que ocurran los desastres que nos pintan algunos. Con que las guerras se supriman y los médicos continúen su lucha triunfal contra la enfermedad, quedará ampliamente compensado el descenso voluntario de la natalidad. Claro es que la técnica de esta limitación consciente de la maternidad alcanzará su máxima perfección moral, si se basa en la separación honesta de los cónyuges, sin detrimento de la supervivencia del amor y sin relajamiento de los deberes conyugales. Nosotros no osaríamos aconsejar otra técnica que no fuese ésta: más siempre que al seguirla se cumpla rigurosamente y de una manera bilateral. Porque si el marido tranquiliza su conciencia con la separación material de la mujer legítima, pero tranquiliza a la vez sus instintos en el adulterio, como ocurre casi siempre, el médico debe tener el valor de aconsejar lo menos malo para la Humanidad, para el hogar, para el propio individuo, y seguramente para Dios, esto es, el amor entre los cónyuges, aunque sea, para la especie, intrascendente (Marañón, 1951)" (Fernández, A. y Lafuente, E., 1999, p.146).

Otra de las bases del discurso de género sobre la maternidad fue el pensamiento eugenésico, que estaba sustentado por diversos y destacados médicos de aquellas décadas centrales del siglo pasado (Nash, 2000, p. 692-693)⁴⁸. Desde esta doctrina, el interés por la maternidad biológica se situó en relación directa con la preocupación por la llamada *degeneración de la raza* y por la despoblación. La política pronatalista del régimen franquista encontró sus fundamentos en lo que acuñaron como *la mejora de la raza* y en el incremento de la población como vía para asegurar la grandeza del "Nuevo Estado". Ambas tesis fueron avaladas por el discurso médico: "Proteged a los niños; son la alegría del hogar, el consuelo de la vejez, la perpetuidad de la raza, la savia de la nación. Sin ellos, el hogar es solitario, la vejez desvalida, la raza se extingue y las naciones desaparecen"⁴⁹ (Nash, 2000, p.693).

En todo caso, no podemos dejar de lado la doble línea argumental sustentada por el discurso oficial (Jiménez, I., Ruiz Somavilla, MJ., Castellanos, J., 2002. p. 215). Por un lado, ensalzaba la maternidad y se preocupaba de educar a las madres para su papel de vigilantes de la evolución del embarazo y del parto; pero, por otro, despojaba a las mujeres del saber proporcionado por la experiencia biológica de la maternidad para hacerla receptora de conocimientos científicos procedentes de profesionales de la medicina. Paralelamente, se consolidaba el

⁴⁸ Como ejemplo de ello podemos citar al Dr. José Gómez Ocaña, al Dr. Joaquín Castellsaguer, al Dr. Andrés Martínez Vargas y al Dr. Luis Soler y Soto, los cuales entre 1919 y 1936 escribieron textos y pronunciaron discursos públicos ensalzando la maternidad.

⁴⁹ Discurso pronunciado por Martínez Vargas en la sesión inaugural de la Sociedad Española de Higiene en 1936.

poder de los médicos varones⁵⁰ ampliando su campo de actuación, apropiándose de un saber y una praxis que hasta entonces se había considerado eminentemente femenina.

La necesidad de relacionar las categorías de género y clase para el análisis histórico de colectivos laborales donde las mujeres estaban mayoritariamente representadas, ha sido planteada por diversas autoras (Kaplan, 1990, pp. 272-275). Desde esta corriente se ha insistido en cómo puede desarrollarse la conciencia política de las mujeres a partir de una conciencia femenina basada en las tradiciones culturales, la solidaridad, la división del trabajo, la defensa de su rol social y la lucha por la mejora de sus condiciones de trabajo. Como ha escrito Ana Aguado:

"...han sido el resultado de modificaciones o cambios en las relaciones de género y/o en los discursos de género hegemónicos –los discursos sobre las mujeres-, a los que han cuestionado, o han adaptado, o han reconducido, o han asimilado parcialmente, desarrollando estrategias, lenguajes y prácticas heterogéneas y diversas". (Aguado, 2006)

El colectivo de matronas constituye uno de esos grupos, que poco a poco fue avanzando en su proceso de identidad profesional y conformándose como un grupo con un discurso propio respecto

⁵⁰ Hacia 1910 había una falta de colectivos médicos femeninos debido al tardío acceso de las mujeres a las carreras universitarias en España. Hecho que junto a la hostilidad que provocaba en la sociedad la expresión pública de las opiniones femeninas, hizo que hubiera poca respuesta de grupos de mujeres al discurso que reconocía la identidad femenina en el cumplimiento del mandato biológico de la reproducción.

a la posición de la mujer, diferente al generado por los médicos y los políticos.

Como afirmaba Ma C. García Nieto, el régimen franquista fue un Estado dictatorial, basado en unos principios ideológicos reaccionarios: autoridad y jerarquía, que implicaban dominación y subordinación. Prevalció un sistema de género masculino, en el cual las mujeres fueron utilizadas como pieza clave para su política de dominio social y económico. Apoyándose en la Iglesia y en la Sección Femenina de la Falange produjo una legislación mediante la cual creó un modelo de mujer –esposa y madre– que se perpetuó durante toda la dictadura.

Pasados los primeros años de la posguerra, la legislación franquista se apresuró a dejar bien claro cuál era el papel que debían asumir las mujeres. Ya en 1938, el Fuero del Trabajo había limitado el trabajo de la mujer casada, que además necesitaba para ejercerlo una licencia marital. Revalidó el Código Civil de 1889, que situaba a la mujer casada bajo la autoridad de su esposo, el cual era su representante ante la sociedad. Esta legislación se completó con leyes protectoras de la familia como eran los subsidios, los premios a la natalidad y los premios a las familias numerosas que posteriormente eran difundidos en el *NODO*. Pero la restricción a la vida laboral de las mujeres también se aplicó privando a las familias donde trabajara la mujer del *plus* familiar, *concediendo* la licencia forzosa por matrimonio que se mantuvo hasta 1961 y con la prohibición expresa de realizar determinados trabajos: "El Estado... en especial prohibirá el trabajo nocturno de las mujeres, regulará el trabajo a domicilio y liberará a la mujer casada del taller y de la fábrica" (García-Nieto, 2000, pp. 722-725).

Este control sobre las mujeres tenía un indiscutible contenido político: el régimen franquista se esforzó desde el

principio en anular toda señal de modernidad que se derivara de la II República (Muñoz Ruíz, 2003). Como escribiera Josep Fontana, Franco, en materia institucional, abominaba del siglo XIX español, –"que nosotros hubiéramos querido borrar de nuestra historia"–, por lo cual de alguna forma volvió a un sistema emparentado con la monarquía absoluta anterior a la llamada Guerra de la Independencia. Y en materia política y cultural, Franco abominaba del siglo XVII porque España, a su parecer, aceptó la derrota militar; y maldecía el siglo XVIII, por enciclopedista y corrompido.

Con estos parámetros se entiende que los sublevados de 1936, los vencedores de 1939, no habían hecho una guerra sino una cruzada, como la bautizó el obispo Pla y Daniel. Esa cruzada a sangre y fuego –para dejar la tierra "lisa y llana"– a la que la Iglesia Católica española se sumó con entusiasmo, tenía como objetivo central arrancar de raíz toda la obra modernizadora republicana (Fontana, 1986, p. 15).

Se trataba de dar marcha atrás a la historia, apoyándose en la ideología nacional católica y de revertir los avances en la tradicional división de roles que los hombres y las mujeres habían ido consiguiendo lentamente desde décadas anteriores, y de forma acelerada durante el sexenio republicano, adscribiendo de nuevo y de forma inequívoca a la mujer al espacio privado y a los varones al público, especialmente en el ámbito político y económico.

El régimen dictatorial impuesto por los vencedores de la guerra civil:

"hubo de imponerse a toda la población a costa de un sistema de intimidación sostenida, creando un clima de represión que no se circunscribió únicamente a la violencia institucional de los primeros años, sino que se prolongó, bajo formas de terror de apariencia y magnitud diversas, hasta el último aliento del franquismo" (Mir, 1999, p. 116).

Tras la guerra se produjo en nuestro país una vuelta de la profesión enfermera a los valores tradicionales, retrocediendo respecto a los logros conseguidos en la Segunda República y retomando su condición de profesión femenina. La Sección Femenina de la Falange se había creado en 1933, el mismo año en el que votaron las mujeres por primera vez en España en los comicios de noviembre de la II República. En 1942 se instituyó el cuerpo de Enfermeras de la Falange Española Tradicionalista con cuatro secciones: Damas enfermeras de la Falange Española, Enfermeras de organización, Enfermeras de guerra y Visitadoras sociales. Tanto para ser enfermera como para estudiar Magisterio había que afiliarse a la Falange, de manera que durante años no fue posible desempeñar labores asistenciales ni ostentar cargos de jefas de escuelas de enfermería si no se estaba afiliada. Durante el periodo franquista, la Ley Sindical consagraba el verticalismo y los profesionales de enfermería se integraron en el Sindicato de Actividades Sanitarias, existiendo cierta similitud entre colegios profesionales y sindicatos.

En 1944 se estableció la unificación de las profesiones sanitarias. Así mismo, se dispuso que en cada provincia debiera haber un Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios. En cuanto a los aspectos relacionados con la salud de la población, se publicó en ese mismo texto la Ley de Bases de Sanidad Nacional, contemplando la salud materna e infantil como uno de los temas clave sobre los que tenían que seguir incidiendo.

"En la lucha contra la mortalidad infantil y maternal se tendrá muy presente el crear y sostener servicios dispensariales y hospitalarios de maternología, sobre todo en las grandes ciudades, con número de camas proporcional al de sus

habitantes. La misma conducta se seguirá en las localidades donde existan Centros secundarios de sanidad"⁵¹.

En el preámbulo de la ley, el régimen se esforzó en detallar las deficiencias de los servicios sanitarios, explicando que la ley en vigor tenía casi noventa años y que se había mostrado obsoleta ante las nuevas concepciones y realidades sanitarias, y que los sucesivos intentos de modificarla o sustituirla no habían dado sus frutos debido a la inoperancia de la clase política. Aducía que:

"...la ciencia sanitaria continuó su marcha, se profundizó más en los medios de diagnóstico y de prevención, y paralelamente las costumbres populares y la cultura profesional dejaron muy atrás lo que establecía aquel Real Decreto. (...) pero las habilidades políticas se interpusieron una vez más, y su torpe empeño logró el fracaso del intento"⁵².

En noviembre de 1945, se promulga una Orden por la que se establecen los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos de Auxiliares Sanitarios y de sus Colegios Oficiales con tres secciones: Enfermeras, Practicantes y Matronas. A partir de entonces las matronas tuvieron su propia sección dentro del Colegio Profesional.

La larga dictadura franquista puede fragmentarse a efectos de análisis en dos bloques, porque existe consenso en torno a la trascendencia de la fecha emblemática de 1959 cuando se produjo la entrada en vigor de un Plan de Estabilización económica que equilibró precios y salarios, así como la cotización de la peseta. Los efectos sociales colaterales fueron brutales, y aproximadamente

⁵¹ BOE. 26 noviembre 1944.

⁵² BOE. 26 noviembre 1944.

tres millones de españoles hubieron de emigrar durante la década de los sesenta a los países punteros de Europa. Sus remesas de divisas a los familiares que habían quedado en España, así como los ingresos obtenidos con el turismo cimentaron el llamado desarrollismo español, que generó una expansión industrial sin precedentes y una mejora muy sustantiva en el nivel de vida de la mayoría de los españoles (Jackson, 1980, p. 167).

Los tecnócratas del Opus Dei, que habían accedido al Gobierno en 1957, pusieron en práctica ese duro Plan de Estabilización, siguiendo las directrices del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional. Se liberalizó la economía, se abrió el país al exterior y se facilitaron las inversiones extranjeras, acabando con la autarquía y reduciendo el intervencionismo del Estado, se devaluó la moneda y se recortó el gasto público. Pero la estabilización, como todos los procesos de este tipo, también supuso un notable freno de la economía española, con congelaciones salariales y fuertes descensos del consumo y la inversión, y también con el consiguiente aumento del paro. Todos estos hechos provocaron un fenómeno de capital importancia en la época, el incremento de la emigración desde las zonas más deprimidas de España hacia diferentes países de Europa, así como movimientos de población internos entre diversas zonas del país.

A mediados de los años sesenta, y tras los resultados del Plan de Estabilización, España gozaba ya de una situación de cierto equilibrio y desahogo económico; se había logrado crear una nueva clase media sin poner en peligro los intereses creados, aunque se perdió la ocasión de llevar a cabo una verdadera liberalización de la economía, debido a que los mercados aun fuertemente intervenidos prolongaron las ventajas de una gran cantidad de privilegiados. No obstante, desde 1963 aumentaron las prestaciones sanitarias y los sistemas de pensiones, y la

Seguridad Social se extendió por primera vez a una mayoría de los ciudadanos españoles.

El déficit de vivienda se redujo impulsando intensivamente las obras privadas por medio de campañas en las que participaron empresarios, mayoritariamente personas identificadas plenamente con el régimen, que respondieron al fuerte incremento de la demanda habitacional generada por los desplazamientos de población desde las regiones de la España agraria hacia las zonas industriales. El grueso de esta construcción se produjo en la periferia de las grandes ciudades, aunque sin una planificación urbanística previa adecuada. Este déficit hará que con el tiempo esos núcleos conformaran ciudades-dormitorio masificadas, a menudo con numerosas carencias de servicios comunitarios y con posteriores deficiencias graves, en ocasiones por el empleo de algunos materiales que todavía hoy constituyen verdaderos problemas, como la aluminosis, patología del hormigón que – además de tóxico para las personas – al perder sus propiedades pone en peligro la integridad del edificio.

En ese contexto y durante ese proceso, la importancia de la aportación femenina a la evolución del país fue fundamental, aunque difícilmente cuantificable debido a que constituía un *trabajo invisible* y sin remuneración, pues las mujeres realizaban el cuidado de los hijos e hijas, de los ancianos y enfermos, administraban el escaso jornal del esposo, confeccionaban la ropa para la familia y, en ocasiones, realizaban trabajos como asistentas, costureras o planchadoras en domicilios de familias con más recursos, pero de manera irregular y mal retribuida (García-Nieto, 2000, p. 731).

Durante el período franquista se introdujeron reformas importantes en los estudios de matronas, practicantes y enfermeras. En 1953 se creó el bachiller de dos ciclos, elemental y

superior, y el elemental empezó a exigirse para estudiar algunas carreras medias, entre las cuales se encontraban las de practicantes y matronas. Con Ruiz Giménez en el Ministerio de Educación Nacional se produjo la unificación de los estudios de practicantes y enfermeras y matronas, mediante Decreto de 27 de junio de 1952, BOE 27 de julio de 1952, refundiéndose los planes de estudios en uno solo; y se crea una Comisión Central que tendrá la misión de promover la vinculación, dirección y funcionamiento de las Escuelas y de los estudios de ahora conocemos como Enfermería.

Por Decreto de 4 de diciembre de 1953, BOE 29 de diciembre de 1953, se unificaron las carreras de matrona, practicante y enfermera, con la creación de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), que habilitaban para la obtención del título de ATS, exigiéndose desde entonces el bachiller elemental para ingresar en dichas escuelas en un contexto de creciente tecnificación de la medicina y la ciencia, donde la enfermería se consideraba como una profesión auxiliar técnica de la figura del médico⁵³.

En 1955 todavía pervivían criterios diferentes para la formación de los ATS masculinos con respecto a las femeninas. Así, en algunas Escuelas se seguía exigiendo el régimen obligatorio de internado para las alumnas de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) de sexo femenino⁵⁴. Era un período en la historia de España en el cual todavía pervivía en la enseñanza la

⁵³ Orden de 2 de julio de 1955.

⁵⁴ Orden de 6 de julio de 1955, por la que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos, en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.).

cultura de los vencedores en la guerra civil. En el programa formativo aprobado para los Ayudantes Técnicos Sanitarios⁵⁵ (A.T.S.) se seguían impartiendo enseñanzas diferenciadas para los hombres y las mujeres, incorporando en las enseñanzas femeninas y regulándolo con rango de orden, enseñanzas del hogar, formación política y educación física en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

En agosto de 1956 se publicó un Decreto donde se especificaban sus funciones:

"Artículo primero.- El título de Ayudante Técnico Sanitario habilita para el ejercicio auxiliar de la Medicina con carácter general y para realizar, previa indicación o bajo dirección médica, las siguientes funciones:

a) Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.

b) Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.

c) Practicar las curas de los operados.

Artículo tercero.- Cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello, el Ayudante Técnico Sanitario podrá prestar asistencia a los partos normales"⁵⁶.

El colegio oficial continuó denominándose "Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios". Como ya apuntábamos antes, a partir de la unificación de estudios que se estableció en 1955 y la creación de la titulación de matrona como una especialidad de ATS, la colegiación se reguló en una misma entidad pero con distintas secciones en función del sexo: por un lado los ATS masculinos y

⁵⁵ Orden de 4 de julio de 1955.

⁵⁶ BOE. Nº 226. 13 agosto 1956.

los practicantes, por otro las ATS femeninas y las enfermeras y, por último, la sección de matronas.

Estos cambios, coetáneos de los tímidos intentos de apertura al exterior, fueron los del inicio de los primeros conflictos y revueltas estudiantiles que llevaron al abandono de Ruiz Jiménez de su ministerio.

Su sucesor, Rubio García-Mina, expuso –en la Ley de 1957 sobre el Ordenamiento de las Enseñanzas Técnicas–, las causas sociales y económicas que, según el Régimen, justificaban la creación de nuevas carreras de grado medio. Así mismo se estableció la especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. En el preámbulo del Decreto explicaba los motivos de la reducción a un curso académico, en vez de dos que hasta entonces había tenido la titulación,

"... se llevará a cabo mediante lecciones teóricas y ejercicios prácticos durante un año íntegro. No constituye esto una reducción de las enseñanzas porque frente a los dos cursos de duración que tenían antes sin exigir ninguna otra preparación salvo el examen de ingreso, será preciso ahora, antes de iniciarlas, haber aprobado los tres años de la carrera de Ayudante Técnico Sanitario"⁵⁷.

También se producía un cambio en cuanto a la edad requerida, ya que en normativas anteriores el límite se situaba en tener al menos 20 años y este Decreto establecía el límite en cuanto al máximo de edad permitido que lo fijaba en cuarenta y cinco años. Como ya hemos indicado más arriba las enseñanzas

⁵⁷ BOE. Nº 48. 12 febrero 1957.

todavía no tenían carácter universitario pero se establecía que "Las Escuelas para la especialización de asistencia obstétrica... quedarán sujetas a las Facultades de Medicina del distrito respectivo"⁵⁸. Durante ocho meses la formación combinaría la teoría y la práctica y los cuatro meses restantes serían solo empleados en realizar prácticas clínicas.

La vigilancia paternalista y patriarcal del régimen con respecto a las mujeres se plasmó también en dicha ley, que en su artículo quinto establecía que "Las enseñanzas de Matronas *sólo* pueden seguirse en régimen de internado, y se darán precisamente en Clínicas de Obstetricia".⁵⁹ No obstante, entre las matronas entrevistadas que se formaron en la Facultad de Medicina de Valencia, no hemos encontrado ningún testimonio que pueda respaldar que se estudió en régimen de internado. Eso sí, eran estudiantes externas que acudían a *una sala* de dicho centro donde médicos de la Cátedra de Obstetricia impartían las clases teóricas. El matiz se introdujo en que las estudiantes de la especialidad de matrona no asistieron a clase en un aula de la Facultad, sino que los distintos temas -cuarenta- que contemplaba el Plan de Estudios se impartían como si fueran clases particulares en una academia privada, donde los docentes eran médicos que habían terminado su carrera y estaban haciendo la especialidad trabajando en la sala de obstetricia y ginecología al lado del catedrático y de sus jefes clínicos, y las discentes, las ATS también tituladas, que para especializarse como matronas recibían las clases de sus compañeros, los cuales a pesar de tener su misma edad gozaban de la autoridad que les confería el hecho de ser hombres y, además, ser médicos. Dos meses después, se

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Idem.

aprobó el programa para las enseñanzas de las aspirantes a matrona, con un amplio temario que contemplaba la anatomía y la fisiología del cuerpo de la embarazada, el embarazo de riesgo, la embriología, las características, evolución y asistencia tanto del parto normal como del distócico, el puerperio normal y el patológico, los cuidados del recién nacido y el aborto⁶⁰. La Orden Ministerial del 11 de enero de 1958 dejaba meridianamente clara la visión patriarcal de la época, pues aunque se habían unificado los estudios, la colegiación se hacía en función del sexo y de los estudios cursados. De momento, esta especialidad estaba vedada para los ATS varones.

La Ley de 1957 tuvo larga vida y será en 1977 cuando por medio de un Real Decreto⁶¹, los estudios de ATS se integren en las universidades españolas como Escuelas Universitarias de Enfermería, que hasta entonces habían estado incorporadas a las Facultades de Medicina. Fue uno de los pasos de más trascendencia para la Enfermería y para los estudios de Matrona porque, en primer lugar, se eliminaba la concepción estrictamente biológica de las categorías de salud y enfermedad, al tiempo que la profesión enfermera se alejaba de la estricta dependencia que había tenido de la medicina, para situar como razón de ser de su actividad a las personas sanas o enfermas. En segundo lugar, porque se establecieron las necesarias disposiciones legales que

⁶⁰ Programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1957/095/B00119-00120.pdf>.

⁶¹ Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, relativo a la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) en Escuelas Universitarias de Enfermería y la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales.

posibilitaban que los profesionales de enfermería tuvieran acceso como docentes en las universidades.

Mediante el Real Decreto de 26 de septiembre de 1980⁶² se suprime la limitación por razón de sexo para poder realizar los estudios de la especialidad de matrona.

Cuando España se incorporó a la Unión Europea en 1986, adquirió el compromiso de adecuar los contenidos formativos de la especialidad de matrona a las directrices promulgadas por la Comunidad 80/154/CEE y 80/155/ CEE. En estas directrices se especificaban los requisitos para que los diplomas obtenidos en cualquier estado de la UE pudieran ser homologados, definía el ámbito de actuación de las matronas y las actividades mínimas para las que estaban facultadas. El colectivo profesional y sus organismos representantes (Consejo, Colegios, Asociaciones, etc.) iniciaron una campaña de petición de resolución de la situación planteada a las autoridades académicas. En 1987 el Real Decreto 992/1987⁶³ reguló las nuevas especialidades para enfermería: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, y Gerencia y Administración de Enfermería. Así mismo, quedaba derogado el Plan de Estudios anterior, con lo cual se produjo el cierre de los centros formativos de matronas y el consiguiente menoscabo que se generó a la hora de cubrir las necesidades de los centros asistenciales. El retraso de nuestro país

⁶² Real Decreto 2287/1980 de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE N° 258, de 27 de octubre de 1980, páginas 23928 a 23928.

⁶³ Real Decreto de 3/7/1987. BOE N°183 del 1 de agosto de 1987.

en la adopción de las directrices establecidas en las directivas de la Unión Europea, hizo que el Tribunal de Justicia de la misma presentara un recurso contra el Reino de España el 11 de octubre de 1989, por no haber adoptado las disposiciones requeridas en los plazos establecidos. Finalmente, mediante la Orden Ministerial del 1 de junio de 1992⁶⁴ se aprobó el Programa de Formación – que se ha mantenido con carácter provisional hasta el 2009- y se establecieron los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). La duración del programa formativo quedó fijada en dos años a tiempo completo, con un total de 3.534 horas. El acceso a la formación se ha establecido de manera idéntica al que está en vigor para todas las especialidades sanitarias, a partir de un examen estatal y con un baremo de puntuación. Las enfermeras y enfermeros que consigan plaza de formación realizarán la misma en las diferentes Unidades Docentes del Estado, pasando a ser Enfermeros Internos Residentes. La pretensión de este nuevo programa de formación fue asumir los nuevos retos en materia de salud sexual y reproductiva, en concordancia con los avances científicos y tecnológicos actuales. En 1996 terminaron los estudios las personas que conformaron la primera promoción de matronas adaptada a la normativa europea que pudo comenzar los estudios a partir de la Orden Ministerial de 22 de octubre de 1993⁶⁵.

A pesar de las casi tres décadas transcurridas, sin embargo, hasta el momento solo se han establecido las directrices generales que han de cumplir los programas de formación de tres de aquellas especialidades. La de Matrona, reglamentada por las

⁶⁴Orden de 1 de junio de 1992. BOE Nº 132. del martes 2 de junio de 1992.

⁶⁵ BOE Nº 254 publicado el 23 de octubre de 1993. P.29959.

directrices del Consejo de Europa 80/154, 80/156 (Seguranyes, Porta y Vidal, 1986, pp. 75-77) después de más de diez años de estudios y negociaciones, es la única que tiene reconocimiento profesional en la sanidad pública, al menos en lo que se refiere a creación de puestos de trabajo y remuneraciones.

A modo de recapitulación sintética, pues, podemos decir que a la vista de la evolución descrita más arriba podemos afirmar que el programa de estudios que se elaboró para la especialidad de matrona en 1957 era un programa de elevado contenido científico, y su importancia radicó, además, en que sirvió de referencia para el que se redactó a partir de la Orden Ministerial de 1992 que, tras la incorporación en 1977 de la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería a la Universidad⁶⁶, aprobó la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, según la normativa emanada de la Comunidad Europea⁶⁷. En la citada Orden Ministerial de 1 de junio de 1992, se

⁶⁶ En 1977 se integran en la Universidad los estudios de ATS, pasando a denominarse Diplomatura Universitaria en Enfermería (DUE). En 1980 se autoriza a los diplomados en enfermería a cursar las especialidades con el mismo régimen académico y los mismos efectos, suprimiéndose la limitación a los estudios de matrona por razón de sexo. Será en 1987 cuando se regulen las especialidades de los Diplomados de Enfermería mediante Real Decreto, creándose la especialidad de Asistencia Obstétrico-Ginecológica o Matrona, debiendo adaptar sus programas a las directrices de la Comunidad Europea, lo que se hizo efectivo en 1991. La duración del programa formativo quedó fijada en dos años a tiempo completo. Este nuevo programa de formación de las matronas, todavía hoy vigente, pretende dar respuesta a los nuevos retos que demanda la sociedad en consonancia con los avances científicos y tecnológicos actuales en materia de Salud Sexual y Reproductiva de la mujer.

⁶⁷ Por consiguiente, desde 1986 hasta 1993 hubo un vacío de legislación porque las autoridades no fueron capaces o no tuvieron el suficiente interés para adaptar la normativa de nuestro país a las directrices emanadas de la C.E.E. La

aprobaba con carácter provisional el programa de formación y se establecieron los requisitos mínimos que debían poseer las unidades docentes, así como el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero/a Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Mediante una Orden posterior, de 22 de octubre de 1993, se establecía la convocatoria para realizar un concurso-oposición para iniciar el programa de formación en esta especialidad, convocándose 174 plazas distribuidas en ocho comunidades autónomas.

3.3.-El desarrollismo sanitario. Las ciudades sanitarias y sus paritorios.

Hasta el siglo XVIII la atención sanitaria en España se ocupaba fundamentalmente de la enfermedad, estando vigente un modelo de medicina liberal en el que los médicos, practicantes, ministrantes, matronas y un heterogéneo grupo de sanitarios atendían a las familias en sus propias consultas o bien en el domicilio de los pacientes. Los hospitales eran entonces instituciones muy diferentes a las de hoy en día, donde sólo acudían personas que no tenían casa ni familia que los acogiese, de tal modo que, hasta bien entrado el siglo XX, el ingreso en un hospital se producía bajo dos condiciones: pertenecer a una baja condición social o padecer una enfermedad de sombrío pronóstico. A lo largo del pasado siglo, la ciencia, la tecnología y la sociedad se encargarían de modificar esta idea del hospital vinculado a la

consecuencia de ello fue que durante siete años no se formó ninguna matrona en el estado español.

caridad y la asistencia médica por un significado más amplio: una institución donde se acudía para recibir asistencia sanitaria.

En los países de nuestro ámbito, la cobertura universal apareció justo cuando las posibilidades terapéuticas y de intervención clínica alcanzaron una complejidad y unos costes imposibles de sufragar por un trabajador medio, por lo que se hizo necesario establecer un sistema de contribución compartida que eliminase desigualdades y proporcionara un acceso equitativo a las ventajas de una sanidad moderna y bien equipada.

La sanidad, en general, ha ido adquiriendo más complejidad a medida que se ha ido beneficiando de una gran variedad de recursos, tanto materiales como humanos, cada vez más especializados y costosos. En sociedades avanzadas como la nuestra, los avances tecnológicos y científicos han conseguido que las personas tengamos una longevidad que hace 40 años era impensable. Estas son algunas de las razones que hicieron imprescindible el desarrollo de profesiones vinculadas a cubrir determinados servicios de asistencia que, a partir de la construcción de los grandes hospitales, se iban a prestar en el medio sanitario.

Pero antes de explicar la profesionalización de las ATS y de las matronas en las décadas 60 y 70 del siglo pasado es preciso volver a los avances económicos y sociales que propiciaron la presencia de un número creciente de mujeres que, paulatinamente, fueron ocupando el espacio público e insertándose en el mundo laboral.

Fueron los tiempos de migraciones del campo a la ciudad y al extranjero, en busca de una vida que permitiera a la mano de obra agrícola excedentaria trabajar y comer. El abandono del pueblo en busca de mejores expectativas hizo que el número de partos descendiera en el medio rural y se incrementara en el

urbano, al tiempo que en las grandes salas de las maternidades se crearon numerosas plazas de auxiliares, enfermeras, matronas y médicos para cubrir las plantillas hospitalarias (Marset, Sáez y Martínez, 1995, pp. 211-250).

Como ya se ha dicho, fue a partir de los años sesenta del pasado siglo cuando la evolución de la economía, –el período del llamado *desarrollismo*–, jugó en beneficio de una mayor actividad económica de la mujer fuera del hogar, ya que se necesitaba mano de obra más barata que la masculina.

La legislación específica que se implantó para ello fue la Ley sobre Derechos Políticos, Profesionales y Laborales de la Mujer, promulgada en julio de 1961⁶⁸. Esto se produjo sin cuestionar ni un ápice el modelo básico de *esposa-madre-ama de casa* que propugnaba la ideología franquista pues permitía la posibilidad de que la mujer pudiera continuar en su puesto de trabajo tras el matrimonio, pero continuaba exigiendo el permiso de su marido para trabajar. Mostramos a continuación el testimonio de una matrona cuya boda se produjo antes de la aplicación de esta ley:

"Yo terminé mi carrera de matrona en 1956. Entonces había una oposición para entrar en el Hospital Militar y otra en el Centro Sanitario Municipal de Valencia. Pero el inconveniente era que si te casabas perdías la plaza. Yo presenté la solicitud en marzo de 1957 pero luego no me examiné porque me casaba en mayo. Luego las que se casaron, pleitearon y recuperaron su plaza al pasar los años"⁶⁹.

⁶⁸ "la ley contempla, claro es que únicamente a la mujer casada, las limitaciones de Derecho...que el matrimonio exige una potestad de dirección que la naturaleza, la religión y la historia atribuyen al marido". BOE Nº 175. 24 julio 1961.

⁶⁹ Entrevista a Fina Gisbert, una de nuestras informantes que presentaremos más adelante.

Los pilares ideológicos de *la nueva mujer* fueron elaborados y difundidos por la Sección Femenina en colaboración efectiva con la Iglesia Católica. Se constata una coincidencia explícita en la defensa de valores culturales y sociales no sólo conservadores sino reaccionarios: la custodia de la casa y de los afectos, la consoladora del dolor y la de *madre de nuestros hijos*, y siempre desde la subordinación más absoluta al hombre⁷⁰. No obstante es llamativa una cierta contradicción en el discurso franquista hacia las mujeres.

Pilar Primo de Rivera, marcando doctrina, había afirmado que el objetivo de la Sección Femenina era el de "la formación total de las mujeres [y esta educación] que será completa, queremos dirigirla principalmente hacia la formación de la mujer como madre" (Gómez, 2000, p. 197).

Ese adoctrinamiento había de ser integral, y se completaría atendiendo a la esfera religiosa, a la del hogar y a la de la política. Respecto a la primera, lógicamente, los principios rectores son los doctrinales de la religión católica en su versión más integrista, la del llamado nacional catolicismo. La segunda se centró, con la creación y funcionamiento de las llamadas Escuelas Hogar, en el estudio obligatorio de asignaturas como corte y confección, economía doméstica, cocina o labores. Las niñas y mujeres españolas debían prepararse adecuadamente para el fin último de toda mujer, que no era otro que el matrimonio. En el terreno de la política, las mujeres habían de formarse en la profundización de los valores del nacional sindicalismo, lo que no deja de ser una contradicción a la que nos referíamos: "el hecho de que se

⁷⁰ Para una visión más compleja de lo que significó la Sección Femenina durante el franquismo ver (Cenarro, 2006) y (Tavera, 2011).

enseñara a las mujeres doctrina política, cuando éstas estaban predestinadas a restringir su labor a las tareas del hogar" (Gómez, 2000, p. 198). Sin embargo, no podemos olvidar que su misión principal era la de educar a las niñas y niños y, en ese sentido, había que adoctrinarlas en los principios políticos del régimen.

Desde los años cincuenta y particularmente los sesenta, la coyuntura favorable en el mundo occidental también alcanzó a España, haciendo que crecieran rápidamente la industria y los servicios. Las inversiones extranjeras llegaron atraídas por los costes laborales reducidos, y en pocos años los resultados del crecimiento económico fueron visibles. El desarrollo del sector secundario en especial, los sectores químico, metalúrgico, del automóvil y la construcción naval transformaron a España en un país con un creciente segmento industrial, incluso en las regiones tradicionalmente agrícolas, que le permitía distanciarse de su tradicional perfil agrario.

La agricultura que persistió se fue modernizando, con la introducción de maquinaria, de nuevas técnicas, de fertilizantes, etc. y se orientó a la producción para los mercados urbanos e industriales. Hubo también un aprovechamiento de la exportación tradicional de vino, aceite y cítricos. La emigración y el aumento del rendimiento en las explotaciones agrícolas y ganaderas de algunos territorios incidieron en el empobrecimiento por desertización de otras comarcas rurales, en las que se desencadenó entonces un éxodo hacia las zonas industriales o turísticas españolas y hacia otros países de Europa. Los movimientos migratorios interiores desplazaron a más de tres millones de personas desde la España agraria y deprimida hacia las zonas industriales y turísticas. Se consolidaron los grandes desequilibrios territoriales entre zonas industriales, urbanas, y desarrolladas, con fuerte crecimiento demográfico, frente a otras

atrasadas, agrarias y despobladas. Desde Extremadura, Andalucía, las dos Castillas, Aragón, etc. la población emigró a Madrid, Barcelona, País Vasco y País Valenciano.

Por otra parte se dio un importante crecimiento demográfico. A la vez que se reducía la tasa de mortalidad, la tasa de natalidad se mantuvo en valores muy altos e incluso aumentó; de treinta millones, a comienzos de la década de los 60, se pasó a treinta y tres millones de habitantes al final de la misma.

Para entender la magnitud y las repercusiones del proceso de tecnificación iniciado en la década de los sesenta del siglo XX es necesario poner de relieve uno de los factores que tuvo especial relevancia en los cambios que se produjeron a partir de entonces. Nos referimos a que, paralelamente a las mejoras en el sistema educativo, los tecnócratas impulsaron una política claramente partidaria del parque hospitalario, propiciando la construcción de instalaciones sanitarias mediante el I y II Plan de Desarrollo que se implementaron en estos años (Siles, 1999, p.285).

La Red de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social había sido creada mediante la Ley de Bases de Sanidad Nacional del 14 de diciembre de 1942, como consecuencia de la implantación en España del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Para la planificación general de este proyecto de instalaciones sanitarias se creó una Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, con representación de las distintas administraciones públicas, compuesta por médicos, juristas, arquitectos y economistas que debería aprobar la construcción y puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales, definiendo el hospital como el establecimiento destinado a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que pudieran realizarse funciones preventivas, de rehabilitación, formativas y de investigación. La ejecución fue responsabilidad del Instituto Nacional de Previsión

–Ministerio de Trabajo–, el organismo gestor del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Este proyecto de red asistencial descansaba sobre cuatro supuestos básicos: debería llegar hasta un 60% de la población total española, los enfermos asegurados podrían ser hospitalizados durante un máximo de doce semanas al año –los beneficiarios durante seis–, las enfermedades mentales y las tuberculosis quedarían fuera de este sistema sanitario, el número total de camas que debería tener la Red era de dieciséis mil y, por último, se hacía imprescindible un estudio detallado del mapa sanitario español con el objeto de convenir los lugares más adecuados donde abrir nuevos establecimientos asistenciales⁷¹.

En pocos años, especialmente en la década de los 60, la cobertura asistencial se extendió a la práctica totalidad de la población trabajadora, pasando de cubrir del 29% de la población en 1953 al 72% en 1968. Para hacer frente a tan acelerado proceso de extensión de la población atendida por el sistema, había que crear un gran dispositivo sanitario e integrar en él como asalariados al colectivo de los médicos, vistos con recelo por el franquismo que los tildaba de liberales y por otra parte, poco partidarios de integrarse en un régimen de trabajo colectivo. También había que desarrollar una red propia de centros y establecimientos sanitarios que deberían atender a la creciente demanda. Para ubicar los nuevos establecimientos asistenciales, se hacía imprescindible un estudio detallado del mapa sanitario

⁷¹Disponible en:

http://www.madrimasd.org/cienciaysociedad/patrimonio/lugaresdelsaber/ciudad_sanitaria_la_paz/historia.asp. Consultado el 12 de abril 2008.

español. El dispositivo hospitalario se basaba en una distribución territorial de los recursos (hospitales comarcales, provinciales, regionales y ciudades sanitarias) y una estructura jerarquizada de los servicios.

La ciudad de Valencia fue el lugar elegido para la construcción de uno de esos grandes centros. A finales de los años sesenta y comienzos de los setenta se construiría un hospital, de unas dos mil camas, que se llamaría Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Fe. La Seguridad Social se encuadraba entonces dentro de la Dirección General de Servicios Sociales del Ministerio de Trabajo. Hay que tener en cuenta que, después de la II República, el Ministerio de Sanidad no se crearía de nuevo hasta 1977, y las competencias sanitarias hasta esa fecha estuvieron repartidas por una veintena de ministerios, organismos y departamentos.

En una loa al régimen de Franco con motivo del Centenario de la Seguridad Social celebrado el año 2000, Licinio de la Fuente, Ministro de Trabajo en los últimos tiempos de la dictadura y durante la mayor parte del tiempo de construcción de La Fe, que él mismo inauguró en varias ocasiones, escribió:

"Tal vez el avance más importante en materia de Seguridad Social lo constituyó la creación del Seguro de Enfermedad en 1942 [...] provocó en los primeros años una tensión con los sectores privados de la medicina y los propios profesionales, que veían recortado su ejercicio profesional libre. Era comprensible su punto de vista. Pero la extensión de un Servicio de Sanidad al máximo nivel para la gran mayoría de la población española era una exigencia de la justicia social. Y requería una ampliación y modernización de la red hospitalaria, entonces escasa, anticuada y deficiente, la creación de ambulatorios o centros de salud y la estructuración, coordinación y jerarquización de servicios. La medicina privada española no

estaba entonces en condiciones de abordar este cambio, que tampoco podía ni debía hacerse desde la beneficencia. Había que hacerlo desde la Seguridad Social. Y se hizo"⁷².

La Ley de Hospitales de 1962, Ley 37/1962, de 21 de julio, la primera de estas características en España, vino a concretar esos planteamientos. Su principal objetivo fue la modernización de la estructura hospitalaria española, desde un sistema benéfico a un modelo de organización asistencial hospitalaria, regida por los modos propios de la gestión empresarial. En cuanto a la ordenación sanitaria establecía que:

"...el respeto a la gestión de distintos Servicios e Instituciones que intervienen en la acción sanitaria, si bien constituyendo un conjunto armónico, mediante un plan coordinador para habilitar establecimientos que aseguren con determinadas preferencias, análogo nivel asistencial"⁷³.

Ese cambio pasaba por el abandono gradual de la beneficencia y el aumento progresivo de las personas protegidas por la Seguridad Social, extendiendo la protección a lo que actualmente conocemos por trabajadores autónomos. Para llevar a cabo ese objetivo general, resultaba imprescindible una mejora sustancial de la red hospitalaria española, claramente insuficiente, constituida por hospitales antiguos y mal emplazados, de funcionamiento totalmente descoordinado y en la mayoría de los casos con instalaciones inadecuadas o muy deterioradas. Así lo plasmaba la ley en su artículo quinto:

⁷² Disponible en: <http://www.galeon.com/razonespanola/r104-seg.htm>. Consultado el 12 de agosto de 2012.

⁷³ BOE Nº 175. 23 julio 1962.

"La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria someterá a la aprobación del Gobierno el estado general de necesidades hospitalarias de la nación, operando para ello de modo que cada demarcación territorial que al efecto se señale cuente con los hospitales precisos para atender plenamente las necesidades de su población teniendo en cuenta la distribución y morbilidad de la misma, así como las prioridades y destino de los Centros Hospitalarios"⁷⁴.

Al mismo tiempo que el INP iba impulsando la creación de una red de hospitales públicos desde 1962, también otros organismos y entidades iban construyendo centros asistenciales, como fue el caso de las universidades, que erigieron numerosos hospitales clínicos. Por su parte, el Ejército edificaría hospitales militares, las diputaciones levantarían hospitales provinciales, la sanidad nacional AISP o AISNA (Administración Institucional de Sanidad Nacional) bajo la responsabilidad del Ministerio del Interior, crearía hospitales para enfermedades de tórax o monográficos de otras especialidades, cuya gestión sería transferida a la Seguridad Social. Posteriormente, los traspasos de los recursos asistenciales se fueron haciendo según calendarios diversos en las distintas regiones españolas, pero en general se iniciaron en 1979-1980 y culminaron en 1995.

Una segunda actuación del Estado en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud español se inició con la entrada en vigor de la Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, aprobada con una fuerte oposición de las compañías de seguros privados, cuyo objetivo principal era la

⁷⁴ BOE Nº 175. 23 julio 1962.

implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. En la Ley se preveía la consignación permanente en los presupuestos generales del Estado de subvenciones a la Seguridad Social, que por su expansión no pudieran ser financiadas enteramente por los empresarios y los trabajadores. Los principios ordenadores del sistema de la Seguridad Social fueron varios: la gestión unificada, la consideración conjunta de las contingencias protegidas y la coordinación de los seguros sociales con la beneficencia y la sanidad; la negación del ánimo de lucro, por lo que quedaron excluidas las compañías de seguros; la universalización de los seguros sociales a toda la población activa, realizándose la cotización por categorías profesionales; y, por último, la estatificación, con la implicación del Estado en el sostenimiento del sistema.

En el preámbulo de aquella Ley merece la pena que nos detengamos en su justificación:

“Conscientes de que sin acudir a la solidaridad nacional ante las situaciones o contingencias protegidas, la Seguridad Social no pasa de ser artificio técnico sin verdadera raíz comunitaria, la Ley concibe a ésta como una tarea nacional que impone sacrificios a los jóvenes respecto de los viejos; a los sanos, respecto de los enfermos; a los ocupados, respecto de los que se hallan en situación de desempleo; a los vivos, respecto de las familias de los fallecidos, a los que no tienen cargas familiares, respecto de los que las tienen; a los de actividades económicas en auge y prosperidad, en fin, respecto de los sectores deprimidos”⁷⁵.

⁷⁵ BOE Nº 312, 30 de diciembre de 1963, pp.18181-90.

Muchos de estos principios se plasmaron en la Ley de la Seguridad Social, de 21 de abril de 1966, con vigencia desde 1 de enero de 1967. El Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, es el primero en el que se establece la ordenación funcional de la asistencia en tres ámbitos: primaria o medicina general, secundaria o especialidades en régimen ambulatorio y terciaria u hospitalaria. Este último sería después modificado por el Decreto 3091/1972, de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, de 2 noviembre⁷⁶. El proceso de implantación de la seguridad social fue lento: en 1972 se aprobó la ley de financiación y en 1974 el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

A mediados de los años sesenta ya se habían construido medio centenar de Residencias Sanitarias y unos cuatrocientos Ambulatorios. En las primeras se prestaba asistencia con internamiento, mientras que las segundas eran utilizadas para las consultas y los tratamientos a enfermos externos. Para dotar toda esta red de establecimientos sanitarios de profesionales suficientes hizo falta una gran cantidad de éstos, la mayor parte de la mano de obra fueron ATS femeninas y, lógicamente, en menor medida matronas. La ampliación de la cobertura del Seguro de Enfermedad a finales de los años sesenta como hemos referido con anterioridad alcanzaba a más del 70% de la población (Siles, 1999, p. 285).

⁷⁶ BOE Nº 274, 15 noviembre 1972.

La mayor parte de los grandes complejos hospitalarios surgidos en los años sesenta y setenta del siglo XX integraban sus propias escuelas de ATS, que en aquellos años solían ser femeninas y cuyo alumnado en prácticas constituía muchas veces mano de obra barata para cubrir las necesidades asistenciales⁷⁷. La formación de las y los ATS estaba orientada fundamentalmente al servicio de la Medicina, ponderando la realización de tareas auxiliares de las actividades médicas, vinculadas al desarrollo tecnológico del momento. En el campo de la enfermería, la propuesta tecnocrática influyó decisivamente en la secularización del personal que trabajaba en los hospitales. Se tuvo que hacer un enorme esfuerzo educativo ampliando las plazas de estudiantes de ATS para dotar de profesionales a los hospitales que se estaban construyendo, así como para ir sustituyendo y reciclando paulatinamente al personal religioso, que hasta entonces se había hecho cargo de la asistencia en los centros sanitarios. Esto supuso un paso importante para la progresiva profesionalización de la enfermería.

En estos años se produjo una reorganización y reubicación de los profesionales de enfermería en función de su sexo. El hecho de que estuviese prohibida la coeducación, hizo que existiesen escuelas de ATS femeninas y masculinas, siguiéndose en régimen de internado en el caso de las mujeres y con un control estricto de las horas de prácticas. También hubo diferencias importantes en las enseñanzas clínicas, dependiendo en gran parte de la capacidad de los profesionales y de la calidad de la asistencia del

⁷⁷ Seguimos en este apartado sobre la formación de los profesionales ATS y su aportación como mano de obra necesaria para la atención prestada en los grandes centros sanitarios el trabajo de Siles (1999), pp. 284-86.

hospital donde se desarrollasen. En las escuelas para los ATS masculinos, que en general se ubicaban en las facultades de Medicina, la orientación había sido absolutamente biomédica. El número de alumnos que absorbían estas escuelas era muy superior, siendo la masificación un hecho frecuente. Respecto a la formación de las y los ATS habría que destacar lo siguiente:

- El currículum básico se organizó a lo largo de tres cursos académicos con asignaturas muy semejantes a las de Medicina, con enfoque muy técnico, aunque también ponían el acento en la función curativa. El profesorado estaba constituido casi exclusivamente por médicos, con escasa participación de los profesionales de enfermería en la política general de formación.
- Las enseñanzas teórico-prácticas, cuyos rotatorios por las salas de los hospitales comenzaban casi al mismo tiempo que la teoría, eran de carácter obligatorio, poniendo mayor énfasis en las prácticas, que ocupaban el 80% del total de horas del programa.
- De modo similar a lo que ocurría en cualquier titulación universitaria, las asignaturas del currículum tenían peculiaridades que acentuaban los roles tradicionales que estaban relacionados con el hecho de ser hombre o mujer y que en el caso de la carrera de ATS, poco o nada tenían que ver con los conocimientos y habilidades relacionados con el ejercicio profesional posterior y estaban relacionadas con el papel de la mujer en el ámbito doméstico. Los alumnos varones estudiaban autopsia médico legal, mientras que las alumnas mujeres, por influencia de la Sección Femenina de la Falange, tenían asignaturas sociopolíticas y domésticas agrupadas bajo la denominación de "Enseñanzas del hogar".

Los espacios de desarrollo profesional de las y los ATS también presentaban diferencias en función del sexo. Habitualmente los ATS masculinos, siguiendo la tradición de sus antecesores barberos y practicantes, elegían el ámbito rural y el extra hospitalario, como los servicios de urgencias, y si permanecían en hospitales lo hacían en puestos muy tecnificados: radiología, laboratorios, etc. Las ATS femeninas, en cambio, con una formación más hospitalaria, ejercían en todas las unidades y servicios de estas instituciones. Esta dicotomía profesional prevaleció tanto entre los propios enfermeros como entre la ciudadanía en general, perpetuando patrones estereotipados en la oferta y en la demanda de los servicios enfermeros.

Todos estos cambios en los patrones económicos y sociales tuvieron, claro, sus repercusiones en el ámbito de la atención a la salud de los españoles. En Valencia, desde la planificación de la Ciudad Sanitaria La Fe, hasta la construcción del Centro de Investigación, que fue el último de los grandes bloques que se edificaron, hubo cuatro gobiernos implicados de los quince que tuvo aquella larga dictadura. El llamado del primer plan de desarrollo, que abarca desde el 10 de julio de 1962 al 7 de julio de 1965, tuvo como Ministro de Trabajo a Jesús Romero Gorría, igual que el segundo y tercer gobiernos comprometidos en la construcción de La Fe. El cuarto gobierno involucrado, que va desde el 29 de octubre de 1969 hasta el 8 de junio de 1973, y que hacía el número doce de los de la dictadura de Franco, fue el responsable de la ejecución de gran parte de la obra, ostentando la cartera de trabajo Licinio de la Fuente. Ambos ministros acudieron varias veces a las inauguraciones de las distintas fases de construcción, acompañados por personalidades del régimen, del ejército y del clero, como era la costumbre en aquella época.

En el terreno de los cambios sociales, más allá de la política oficial de adoctrinamiento, es imposible explicar la evolución política y económica del franquismo sin introducir la contribución de las mujeres desde espacios no visibles, como el mundo privado de su propio hogar o el del hogar de otras mujeres donde realizaban *faenas* o cosían y planchaban la ropa. Otras mujeres, la minoría, algunas profesionalmente cualificadas, trabajaban por cuenta ajena fuera de su ámbito familiar. Es el caso, por ejemplo, de aquellas que asistían partos.

La fase final del período franquista, fue una época de difícil acomodación para las mujeres que durante siglos habían parido en sus casas, rodeadas de personas de su familia y su entorno más próximo y atendidas por una mujer que las conocía y era vecina del pueblo: la matrona. También fue difícil para las matronas porqué habían recibido una sólida formación y estaban acostumbradas a manejar el proceso de parto con la máxima autonomía en el domicilio de las mujeres. Al trasladarse a las maternidades de los hospitales tuvieron que adaptarse a la disciplina y al orden jerárquico de los centros sanitarios.

Este cambio, todavía poco estudiado, –insuficiencia que, como hemos dicho en la Introducción, pretendemos contribuir a revertir– se concretó para las profesionales sanitarias en aspectos positivos a nivel económico y de jornada laboral, pero también se produjeron efectos negativos, porque se las desposeyó de su hegemonía en cuanto a la asistencia a los partos normales, que al pasar a las tecnificadas salas de dilatación hospitalaria iban a dirigir los médicos. La jerarquía establecida dentro de los servicios del hospital, situando a los médicos *varones* por encima de las matronas *mujeres*, recordaba el sometimiento de la mujer dentro de la familia patriarcal.

Como sabemos, el parto es un acontecimiento fisiológico que forma parte de las posibilidades biológicas de las mujeres y como tal transcurre en la mayoría de las situaciones. Sin embargo, en ocasiones y como consecuencia del mismo, pueden aparecer determinadas complicaciones que pueden poner en peligro la vida de la madre o del bebé. De una detección lo más temprana posible de éstas, y de una rápida y correcta actuación depende las más de las veces un resultado óptimo para la vida de ambos. Estas situaciones siguen produciéndose en la actualidad, pero en un entorno totalmente distinto: las complejas salas hospitalarias, dotadas de todos los recursos materiales y humanos necesarios para resolverlas.

En cuanto a la práctica profesional, es decir, a los procedimientos al uso en la asistencia obstétrica, también hubo importantes cambios. En general, podríamos afirmar que la asistencia en los domicilios era más conservadora y se respetaba al máximo la evolución natural del proceso cuando no había complicaciones. Es a partir de la puesta en funcionamiento de las denominadas Ciudades Sanitarias, cuando se introduce un planteamiento intervencionista que actúa bajo el presupuesto de que toda situación puede complicarse, tendiéndose a una medicalización preventiva.

Actualmente, la evidencia científica recomienda una praxis que respete al máximo la evolución fisiológica de los procesos de nacimiento. También diversos grupos de matronas y obstetras hace años que vienen cuestionando seriamente cualquier actitud intervencionista, es decir, que no esté justificada por una alteración demostrada de los parámetros normales tanto del feto como de la madre. Tanto es así, que las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud proponen criterios que respeten al máximo la autonomía de las gestantes, porque la mayoría de las

publicaciones científicas actuales han demostrado que los resultados obstétricos y perinatales mejoran cuanto menos se altera la naturalidad del parto.

3.4 El caso valenciano: la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Fe⁷⁸.

En el País Valenciano, igual que en otras zonas de la geografía española, la población activa dejaba de ser mayoritariamente agrícola a favor de la industria y de los servicios. Los sesenta son también en nuestro entorno los años del *boom* turístico y de los mayores atropellos urbanísticos, con la construcción de múltiples edificios en la primera línea de costa. Ambos factores, industrialización y turismo, harían que la región se convirtiera en zona de atracción para la migración interna y de desplazamiento temporal de población del interior hacia la costa por razones turísticas, lo que provocaría cerca de 700.000 desplazamientos en la década 1960-70.

La ciudad de Valencia experimentaba un importante proceso de modernización y de aceleración urbanística, que se prolongaría en los 70. En 1960 en la capital se censaron 505.066 habitantes y en 1970 la ciudad contaba ya con 653.690 personas. En aquellos años Valencia experimentó cambios importantes en su fisonomía; desaparecieron los tranvías y se favoreció el incremento del tráfico rodado. Los automóviles eran cada vez más abundantes. Se

⁷⁸ Este epígrafe es deudor del artículo inédito realizado por la profesora Vicenta Nadal Ortuño, alumna de la II Promoción de ATS de la Escuela de Enfermería La Fe, con la colaboración de alumnos y alumnas de la Escuela de Enfermería La Fe de la XXXII Promoción, para la asignatura Historia de la Enfermería.

abrieron nuevas zonas de expansión de la trama urbana, y una de ellas fue la zona de Campanar, en la que se construyó la actual Estación Central de Autobuses, lo que unido a la edificación del Hospital La Fe generó un nuevo foco de atracción urbanística (Gaja y Boira, 1994). En aquella zona, como en otras de la ciudad, las viviendas rurales de la huerta fueron siendo sustituidas por bloques de pisos que, edificados de manera caótica, daban lugar a nuevos barrios, se multiplicaron los comercios, aumentó la densidad de tráfico pero los servicios no aumentaron en la misma intensidad que la demanda.

En 1966 se aprobó un Plan General de Ordenación Urbana para Valencia, cuyo objetivo era resolver los problemas mencionados y las modificaciones a las que obligaba el Plan Sur, obra iniciada en 1965 y finalizada en 1973, que desviaba el Turia hacia el nuevo cauce, destinando el viejo, según aquel plan, a una vía rápida para el tráfico rodado o autopista urbana entre el aeropuerto de Manises y el Grao. Gracias a la presión popular y a los cambios políticos producidos tras la muerte del dictador, este proyecto fue desechado y el viejo cauce pasó a convertirse en un espacio público diseñado por el arquitecto Ricardo Bofill, que compensaba en parte el déficit de zonas verdes que tenía la ciudad. Los últimos alcaldes de la dictadura fueron Adolfo Rincón de Arellano desde 1958 hasta 1969, sustituido en noviembre de 1969 por Vicente López Rosat, hasta el año 1973, en que fue reemplazado por Miguel Ramón Izquierdo.

Por lo que respecta a los establecimientos de salud, desde finales del siglo XIX y a lo largo del XX se habían ido construyendo en la ciudad de Valencia y alrededores un gran número de hospitales, asilos y residencias, la mayoría de los cuales aún están en funcionamiento y constituyen un amplísimo muestrario de

arquitectura sanitaria. Entre los que permanecen aún con destino a uso sanitario están: el Asilo de San Juan de Dios de 1890, quizás el más antiguo de todos los valencianos, hoy llamado Hospital de Valencia al Mar; el Hospital Dr. Moliner en el término de Serra, próximo a la Cartuja de Portaceli, donde estuvo ubicado en sus comienzos desde 1899 hasta 1931 en que comenzaron las obras del actual; el Hospital de La Malvarrosa, que en su tiempo perteneció al AISN; el Hospital General (antes Provincial) de la Diputación; el Hospital Militar, cuya gestión ha asumido desde el 2008 la Conselleria de Sanitat; la Residencia Sanitaria General Sanjurjo —hoy día Hospital Peset Aleixandre—, que estuvo ubicada donde actualmente está el Hospital Padre Jofré y el edificio de la EVES o Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; el Hospital Clínico Universitario, anexo a la Facultad de Medicina, remodelado en diversas fases; la Ciudad Sanitaria La Fe de Campanar; el Hospital Arnau de Vilanova de la red de la Obra 18 de julio; el IVO o Fundación Instituto Valenciano de Oncología. También existen varias instituciones privadas como son la Casa de la Salud, que se levanta donde antes estuvo una clínica del siglo XIX del mismo nombre, la actual Clínica Quirón, antes de la Esperanza que entre los años 1960 y 1970 tuvo su propia Escuela de Enfermería; la Clínica Virgen del Consuelo y el Hospital Nou d'Octubre entre otras; la Cigüeña, antigua maternidad construida en 1926 que en la actualidad alberga oficinas de organismos públicos, si bien la mayor parte de sus dependencias y su fachada se conservan aún como estaban tras la reforma de 1951.

Por su valor paradigmático, conviene detenernos, siquiera sea brevemente, en lo que significó la construcción y entrada en funcionamiento de la primera de las grandes unidades hospitalarias valencianas de aquel período. Nos referimos, claro, al Hospital la Fe de Valencia, que todavía hoy en día —aunque en

otro emplazamiento— continua siendo el gran hospital de referencia de nuestro territorio regional. Lo haremos atendiendo a las complejidades que implicaron desde la planificación de su construcción y los avatares de la misma, pasando por algunos de los entresijos que forman parte de la memoria de quienes vivieron de cerca el proceso. No vamos a ocuparnos aquí de la evolución de las distintas actividades sanitarias: el número de ingresos, altas, intervenciones, consultas, exploraciones, etc... que se han realizado, pero sí que prestaremos atención a la información relativa a la asistencia a los nacimientos registrados desde 1971 hasta el 2000, las fechas que conforman la cronología de nuestra investigación.

El complejo sanitario, con el triple objetivo asistencial, docente e investigador, debía responder a las necesidades de un hospital regional, lo que hoy llamaríamos de referencia, con instituciones cerradas, jerarquizadas y personal con dedicación plena.

Debía contar con un Hospital General de 1000 camas, un pabellón de Rehabilitación con 400, un Hospital Maternal con 350, un Hospital Infantil con 350, además de servicios generales, laboratorios, central térmica, lavandería, mortuorio, etc. y además, se construiría una Escuela de Enfermeras que incorporaba una residencia de estudiantes internas, así como dependencias para las enfermeras responsables, la comunidad religiosa de monjas y una hospedería para familiares de niños enfermos⁷⁹.

⁷⁹ En el Hospital, concretamente Alfredo Viana, jefe de servicio de ingeniería de la Subdirección de Infraestructuras de La Fe, nos facilitó varios planos originales. En el mismo servicio nos dieron también la copia de tres números sucesivos de una revista de información técnica del Colegio de Arquitectos de Valencia: *Informes de la construcción*, del año 1972, cuya existencia

El Instituto Nacional de Previsión aprobó un presupuesto de 870.588.450 pesetas para la construcción de este centro sanitario. Con este dinero se llevaron a cabo las obras para levantar la Residencia General, el aparcamiento, el Servicio de Urgencias, almacenes adaptados para isótopos radioactivos, la Escuela de Enfermeras, la Maternidad, el Hospital Infantil, los almacenes generales, los laboratorios de investigación y el Centro de Investigación. No obstante, estos datos económicos no coinciden exactamente con las anotaciones encontradas en el Registro de la Propiedad nº 5 de Valencia⁸⁰ de donde hemos extraído los datos que confirman un gasto superior al presupuestado en más de trescientos millones de las antiguas pesetas:

conocíamos por referencias bibliográficas y de la que ellos disponían a su vez de una copia en color cedida al hospital La Fe.

⁸⁰ En el Registro de la Propiedad de Valencia nº 5, encontramos diversas anotaciones que narran con todo detalle desde la compra del solar, pasando por su disgregación y las fases de ejecución de la obra, hasta la descripción de cada uno de los edificios y sus dependencias.

	Medida (m2)	Precio (en pesetas)
Escritura 1971, 1ª y 2ª		
Declaración de obra 1972		
Solar	63.502	79.416.697,88
Rehabilitación La Fe	20.207,38	188.000.000,00
Escuela de Enfermeras La Fe	11.980,50	68.000.000,00
Centro de Maternidad La Fe	19.784,20	195.500.000,00
Hospital Infantil La Fe	14.393,50	178.500.000,00
Mortuario	1.207,00	8.500.000,00
TOTALES	110,194,85	1.036.500.000,00
3º Declaración de obra		
Centro regional de		
Informática, 1977		
	4.016,67	93.928.094,00
4º Declaración de obra		
Almacenes Generales y		
Laboratorio de		
Investigación 1986		
	962,50	45.740.000,00
TOTALES DE LAS TRES FASES	115.174,02	1.176.168.094,00

Tabla 2. Datos del presupuesto de construcción del Hospital La Fe.
Elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Registro de la Propiedad nº 5 de Valencia

A la hora de elegir un nombre para esta nueva Ciudad Sanitaria, el Dr. Vicente Luis Peris Carpena, Jefe Provincial del Seguro Obligatorio de Enfermedad, sugirió en 1966 buscar una denominación sencilla, corta y fácil de recordar como era el caso de La Paz; incluso mostró su interés por encontrar un nombre todavía más corto. Entre los profesionales que todavía están en activo se cuenta la anécdota de que la solución la aportó el Dr. Manuel Pérez Sánchez, Secretario del Consejo de Administración del I.N.P., quien comentando este idea con su familia recibió la

ayuda de su suegra, que entonces contaba con 70 años, que contestó: "Más corto que La Paz sólo puede ser La Fe".⁸¹

En diciembre de 1968 terminaba la primera fase de la obra de la Residencia General La Fe y comenzaba a equiparse de material y personal. Las enfermeras llegaron en gran parte trasladadas de la antigua Residencia General Sanjurjo y del Hospital Clínico. Otras vinieron al reclamo del primer director de la Ciudad Sanitaria, Manuel Evangelista Benítez, como fue el caso de la que fue la primera enfermera jefa de la Ciudad Sanitaria, Ma Carmen Fernández.⁸²

La Residencia General La Fe abriría sus puertas en febrero de 1969 y los primeros servicios en funcionar fueron Radiología, Laboratorio, Urgencias, Medicina Interna y Cirugía. Su primer

⁸¹ Otra anécdota curiosa de la historia de este hospital surgió en relación con la construcción del aparcamiento y es recordada por algunas de las personas que empezaron a trabajar en La Fe desde sus inicios. En 1969, el Ministerio de la Vivienda ofreció a Joaquín Deusa Soldevilla, Director Provincial del Instituto Nacional de Previsión, el enorme solar que actualmente ocupa la Estación de Autobuses de Valencia, justo al lado del centro sanitario, para que fuera utilizado como aparcamiento por los trabajadores y usuarios del hospital. El precio de esta cesión era de una peseta por cada palmo de terreno. Sin embargo, Joaquín Deusa declinó amablemente esta oferta, ya que pensaba que con el terreno del aparcamiento que estaba planificado en el suelo del que ya se disponía tendría espacio más que suficiente. Por aquel entonces era difícil imaginar que en la actualidad el número de vehículos por habitante iba a ser tan elevado.

⁸² Tenemos que aclarar a efectos de una mejor comprensión alguno de los términos relacionados con la nomenclatura utilizada dentro del ámbito sanitario. Al hablar de Ciudad Sanitaria nos referimos a todo el complejo hospitalario y como hemos apuntado tenía un Director y una Enfermera Jefa. Así mismo cada uno de los distintos pabellones, como es el caso de la denominada Residencia General, tenía su propio Director y su propia Jefa de Enfermeras.

director fue José Luis Conti, y Sor Carmen López y Amparo Soto la enfermera jefa y la adjunta de enfermería respectivamente. Un año después, el 15 de febrero de 1970, abriría Rehabilitación, cuyos primeros directivos fueron José Maestre, director y Remedios Climent, enfermera jefa que en pocos meses fue sustituida por M^a Dolores Mestre. En una segunda fase y posteriores abriría Maternidad con Manuel Galbis como director e Isabel Royo como matrona jefa y por último el Infantil que tuvo a Cipriano Canosa como director y a Pilar Fernández como enfermera jefa.

El 23 de abril de 1971 el diario *Levante* anunciaba que tres días después la princesa Sofía visitaría Valencia con el Ministro Licinio de la Fuente para inaugurar La Escuela de Enfermeras, cuya actividad en el nuevo edificio había comenzado en octubre de 1970, así como la Maternidad y el Infantil, cuya actividad había comenzado respectivamente el 22 de febrero y el 19 de enero de 1971.

La evolución del personal que ha trabajado y trabaja actualmente en La Fe demuestra los cambios que este centro sanitario ha experimentado a lo largo del tiempo. La plantilla de 1.971 la componían 1.231 trabajadores y trabajadoras. Nueve años más tarde, el número de personas que trabajaban en el hospital había crecido de forma significativa para situarse en 1980 en 5.719. Doce años después, en 1992, la plantilla había crecido y la componían 6.316 personas.

Los registros de actividad facilitados desde el Hospital La Fe apuntan cifras significativas que muestran los cambios a los que se ha tenido que ir adaptando el centro maternal a medida que han pasado los años. Como podemos observar en la tabla 3, en la década de los setenta se aprecia un incremento constante en el número de partos que alcanzará su cifra más alta en 1976. Este

elevado número de partos se mantendrá durante la siguiente década en cifras algo más moderadas, pero con una tasa de recién nacidos/as que a partir de 1989 comenzará a descender de una manera constante año tras año. En cuanto a los partos instrumentados, bien sea con Vacuo Extractor (ventosa obstétrica), con Espátulas de Thierry, mediante la utilización de Fórceps o a partir de la realización de una Cesárea, durante el primer período de nuestro estudio (1971-1986) fue de un 24,7% respecto al total de partos. En el segundo período (1987-2000) el porcentaje se elevó hasta un 36,1%, distinguiéndose de manera notoria el intervencionismo obstétrico que con el paso de los años se ha producido. Varias son las razones explicativas que podemos argumentar sobre los motivos de este cambio. En primer lugar, el hospital analizado es el centro de referencia del País Valenciano por lo cual, cualquier parto que 'a priori' tenga la consideración de ser de riesgo tiene que ser trasladado al hospital de referencia desde cualquier hospital que disponga de menos tecnología o que no tenga unidades especiales como cuidados intensivos neonatales. Otra de las razones tiene que ver con el incremento que se ha producido en el número de parejas con problemas de fertilidad que son sometidas a técnicas de reproducción asistida con el resultado de embarazo múltiple. No podemos dejar de citar otra de las causas que, a nuestro juicio, ha tenido mucha relevancia en el incremento del número de cesáreas, a pesar de no ser de índole sanitario. Nos referimos al aumento de demandas judiciales ante un mal resultado obstétrico o fetal. Ante la posibilidad de recibir una denuncia muchos profesionales médicos optan por acabar un parto lo más rápidamente posible. Por último, la literatura científica afirma sin ningún género de duda que la utilización de la monitorización electrónica materno-fetal incrementa el número de partos instrumentados y de cesáreas

ANY	VACUO	A.MAN.	FORCEP S	ESPAT.	CESÀRIA	% CST	T. PARTS	T. NASCUTS	N.SEXE MASC	N.SEXE FEM
1971	2.990	1.245	166	48	0	268	5,68%	4.717		
1972	3.892	1.462	201	52	0	415	6,89%	6.022		
1973	6.407	1.828	212	56	0	519	5,75%	9.022		
1974	9.517	2.203	174	122	0	723	5,68%	12.739		
1975	8.030	2.007	174	88	0	570	5,24%	10.869		
1976	9.260	2.228	197	163	0	762	6,04%	12.610		
1977	8.639	1.815	135	179	0	778	6,74%	11.546		
1978	9.298	1.632	117	162	0	784	6,54%	11.993	12.033	
1979	8.897	1.530	77	121	0	762	6,69%	11.387		
1980	8.008	1.706	289	157	15	896	8,09%	11.071	11.202	5.667
1981	7.191	1.557	300	148	7	790	7,91%	9.993	10.103	5.261
1982	7.233	1.387	258	135	4	840	8,52%	9.857	9.944	5.183
1983	6.640	1.394	205	97	11	855	9,29%	9.202	9.319	4.854
1984	6.834	1.124	210	155	220	949	10,00%	9.492	9.599	4.936
1985	7.173	1.011	210	85	177	1.065	10,96%	9.721	9.841	5.033
1986	7.176	985	204	52	129	1.053	10,97%	9.599	9.714	4.905
1987	6.833	936	230	58	82	985	10,80%	9.124	9.240	4.822
1988	6.257	952	170	39	79	1.066	12,45%	8.563	8.696	4.573
1989	5.322	930	164	47	56	1.136	14,84%	7.655	7.764	3.981
1990	4.896	941	139	56	37	1.105	15,40%	7.174	7.299	3.806
1991	4.590	974	124	108	173	1.152	16,18%	7.121	7.263	3.664
1992	4.635	1.014	141	78	162	1.164	16,18%	7.194	7.348	3.833
1993	4.744	960	139	55	153	1.291	17,58%	7.342	7.496	3.915
1994	4.221	930	89	103	214	1.338	19,41%	6.895	7.020	3.628
1995	3.858	913	93	206	286	1.267	19,13%	6.623	6.760	3.467
1996	3.486	944	89	282	355	1.214	19,06%	6.370	6.495	3.417
1997	3.256	941	77	304	337	1.246	20,22%	6.161	6.293	3.171
1998	3.313	782	76	222	392	1.185	19,85%	5.970	6.122	3.123
1999	2.368	796	57	129	318	1.123	23,44%	4.791	4.970	2.521
2000	2.357	789	38	186	249	1.215	25,13%	4.834	5.012	2.590

Tabla 3. Datos de nacimientos en el Hospital Maternal La Fe (1971-2000)

Fuente: Vicent Alberola. Documentalista del Hospital la Fe.

Los años convulsos de la transición se vivieron de manera intensa en la Ciudad Sanitaria La Fe, durante los cuales tuvo lugar la primera gran huelga de la historia del centro. En 1976 unos 50 trabajadores del centro hospitalario pertenecientes a todos los estamentos laborales (médicos, matronas, enfermeras, auxiliares administrativos, celadores...) recibieron una orden de expulsión por parte de la dirección del hospital. Se les acusaba de convocar y participar en reuniones dentro del recinto del hospital en las cuales se vertían opiniones sobre la situación laboral de determinados colectivos del centro. En aquella época la reunión de ocho o más personas era totalmente ilegal.

Se trataba de un grupo de trabajadores de poco más de 20 años que con la celebración de estas asambleas informativas exigía mayores cotas de libertad. Con estas reuniones se defendía, además, el cambio político hacia la democracia, del mismo modo que otros colectivos empezaban a demandarlo en la universidad, en las empresas y en otros ámbitos de la sociedad.

En las asambleas estos trabajadores de La Fe se posicionaron claramente sobre algunos de los conflictos abiertos en el centro: por un lado, apoyaban la exigencia de las mujeres de la limpieza de estar contratadas por el hospital en lugar de una empresa privada y, por otro, protestaban por la posible eliminación del MIR, considerado un plan de formación de postgrado muy importante.

El 7 de mayo de 1976 la dirección mandó la orden de expulsión a este grupo de poco más de 50 personas, las consideradas como cabecillas que eran precisamente aquellas que más destacaban en las asambleas. Muchos de aquellos profesionales estaban pasando consulta en ese momento y tuvieron que abandonar de inmediato el hospital. La orden de expulsión implicaba asimismo la prohibición de entrar en el recinto

del centro hospitalario. Algunos de los expulsados fueron llevados a comisaría donde se les sometió a un exhaustivo interrogatorio sobre su filiación política con el convencimiento tan habitual en aquellos años de que una gran parte de ellos pertenecían al Partido Comunista.

Las expulsiones motivaron una gran corriente de solidaridad por parte de los trabajadores y trabajadoras del hospital, así como de los pacientes hacia el personal expulsado. Tanto el personal facultativo como los enfermos decidieron iniciar una huelga en protesta por los hechos sucedidos, acordándose con los pacientes que sólo se atendería a los más graves. Además, muchos de los usuarios del hospital escribieron cartas de apoyo al personal expulsado y hubo muchos profesionales que llevaron a cabo una huelga de hambre.

Tras una serie de negociaciones se consiguió mes y medio después de la expulsión que el 80 por ciento del personal expulsado fuera readmitido. El resto de los trabajadores expulsados tuvieron que esperar nueve meses, concretamente hasta la sentencia del Tribunal para conflictos laborales que dictaminó finalmente la reincorporación inmediata del personal a su puesto de trabajo en el hospital.

3.5. Memorias para hacer historia.

Cuando enunciamos memorias para la historia queremos decir precisamente lo que de la literalidad del epígrafe puede entenderse: que recuperamos memorias individuales para trabajarlas como fuentes primarias, según se entiende desde las pautas que son propias de los historiadores; esto es, asumiendo la

adhesión y la crítica a los procedimientos de verificación y documentación (Burdíel y Romeo, 1996, p. 334).

Deliberadamente nos apartamos de la fórmula *memoria histórica*, porque sabemos que es muy discutible. Maurice Halbwachs ya insistió en la contradicción interna del concepto, en la medida que mientras que comprender históricamente implica indefectiblemente la noción de complejidad, la memoria colectiva por definición simplifica e, incluso, esencializa (Halbwachs, 1968).

Justo Serna, por su parte, ha confesado su desazón ante la facilidad con la que, incluso en los medios académicos, se habla de la memoria colectiva. Respecto a la relación entre memoria e historia, nos alerta en torno al peligro de entender historia y memoria como conceptos sinónimos (Serna, 2001). Anacleto Pons también enfatiza la distancia importante que separa la memoria y la historia, ya que ésta difiere ostensiblemente de aquella en la medida en qué, por su pretensión de objetividad, la corrige y la crítica. Si el historiador no actúa así frente a la representación del pretérito, que no es otra cosa la memoria, su papel no será sino el de mero notario, o el de simple taquígrafo, de los testimonios de los actores del pasado (Pons, 2002). Nuestras matronas informantes son personas, seres humanos que tienen su memoria, pero esa memoria no es historia, por lo que para nosotras sus testimonios merecen la consideración de documentos primarios. Y como tal los tratamos.

Nuestro objetivo, pues, ha sido recoger los testimonios de 52 matronas y dar un paso más: convertir esas *memorias rescatadas* en historia. Y es que, como dice Prost (2001, p. 124), en la investigación de los *cómo* y de los *por qué*, el historiador es capaz de descubrir las complejidades que son incompatibles con el maniqueísmo binario de blanco y negro a que nos aboca nuestra humana tendencia a simplificar nuestra comprensión de

fenómenos o procesos complejos. Contrariamente a la vocación dicotómica o simplificadora de la memoria, de las memorias individuales, la historia exige razones y pruebas (Prost, 2001, p. 126).

Para conformar las fuentes primarias que posteriormente hemos analizado en nuestra tesis doctoral, hemos realizado entrevistas de vida profesional a cincuenta y dos mujeres que han sido testigos excepcionales del período histórico objeto de nuestro estudio. Además, su importancia radica en la idoneidad de incorporar discursos y prácticas no hegemónicas con el objetivo de introducir voces diversas en nuestra pequeña contribución a la construcción de la historia de las prácticas sanitarias de la asistencia al parto. Diez de estas matronas las consideramos como grupo de élite, en el sentido de que han sido personas que han tenido una contribución especial como profesionales durante los años de nuestro estudio.

Las trece primeras pertenecen al escaso grupo de profesionales que todavía están en condiciones de recordar aspectos relacionados con su formación, con las circunstancias y los acontecimientos que acaecieron cuando asistieron partos en los lugares donde vivían las mujeres, es decir en el aspecto asistencial. También nos aportaron la valoración de cómo eran sus relaciones con los médicos que trabajaron con ellas, el nivel de vida de los años del primer y segundo franquismo y a sus propias condiciones de vida personal.

Las diez segundas, porque siendo especialistas de la profesión enfermera –y mujeres–, tuvieron una responsabilidad especial en los cambios acontecidos cuando se produjo la institucionalización del parto en los hospitales y, más en concreto con el Hospital Maternal La Fe, que es el centro que hemos elegido para nuestro estudio. Cinco porque pudieron aplicar sus decisiones

en la gestión del centro, respaldadas o censuradas por los responsables de la política sanitaria del momento; otras porque se implicaron directamente en aspectos innovadores para la atención a la salud de la mujer, tanto la embarazada, como fueron los casos de la introducción de la Unidad de Preparación al Parto en el propio hospital; o la asunción de amplias competencias cuando empezaron a funcionar los Centros de Salud y los Programas de Atención a la Madre. Una de ellas porque fue la primera matrona que ejerció como tal en el primer Centro de Planificación Familiar que se puso en funcionamiento en Valencia. Dos de ellas por sus aportaciones en cuanto a la humanización del parto y la desmedicalización del mismo, siendo pioneras en una forma de trabajar que se propuso, ya desde la última década del siglo XX, devolver a las mujeres el control sobre su propio cuerpo y el respeto a sus propias decisiones en cuanto a la forma en que quieren vivir su proceso de parto. La última porque es una matrona formada según las directrices emanadas de la Unión Europea que se plasmaron en el Plan de Estudios vigente en la actualidad y que, además, dentro de sus competencias participa en la docencia de las enfermeras internas residentes de su especialidad como profesora de clases teóricas y como tutora de las residentes del Hospital La Fe en sus prácticas asistenciales.

También hemos realizado entrevistas en profundidad a treinta que han ejercido su profesión tanto en Valencia como en otras ciudades de nuestro país. Mediante el análisis de sus entrevistas nos propusimos el objetivo de observar las coincidencias o divergencias que se producían en su discurso con el de las matronas consideradas 'grupo de élite', sobre las distintas categorías analizadas en la asistencia hospitalaria y en los Centros de Salud. De estas últimas informantes hemos utilizado para nuestra investigación solo una parte de cada entrevista, hasta que

pudimos comprobar que se había producido una saturación de la información recabada.

3.6. Sobre la experiencia de las matronas en la asistencia del parto en el domicilio: Nuestras informantes.

La primera matrona entrevistada fue Andrea Rojas Gómez que tenía ochenta y dos años cuando nos conocimos en el verano del 2003. Su nieta estaba realizando la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona), y en el contexto de las clases de Historia de la Profesión, le sugerí que la invitara a participar en un coloquio para contarnos sus experiencias como matrona. Andrea nació en 1921, su padre era un trabajador y su madre ama de casa, "No éramos pobres, se puede decir que clase media baja, así que cuando estaba estudiando bachiller en Ciudad Real, se murieron mis padres y tuve que buscarme la vida"⁸³. Se considera a sí misma de religión católica y políticamente conservadora. Está casada, su marido padece desde hace años una hemiplejía y pudimos observar como lo cuidaba con cariño. Tiene tres hijas: la mayor trabaja en un banco, la segunda es trabajadora de un hospital y la tercera es también matrona.

Desde el principio se mostró entusiasmada de que su testimonio pudiera servir a las personas que se estaban formando como matronas y consideró que poder transmitir sus vivencias contribuía a dar sentido a su vida profesional. Conforme le iba formulando mis preguntas ella respondía con un aire de

⁸³ Entrevista a Andrea Rojas Gómez realizada en agosto 2003. En adelante la citaremos como EAR.

complicidad que se produce cuando dos colegas hablan sobre temas conocidos.

La vida profesional de Andrea se desenvolvió los primeros veinte años en un área rural de la provincia de Toledo como matrona titular, donde se ocupaba de atender los partos en el domicilio de las parturientas, llamando al médico tocólogo cuando surgía alguna complicación; y los últimos doce años de su vida laboral los trabajó en Toledo, en un hospital de la sanidad pública.

La segunda matrona entrevistada fue Concha Masiá Lluna que nació en 1923 en Massarrojos. Esta mujer de ochenta y cinco años -en el momento de la entrevista- nació en una familia de clase media baja, su padre era un trabajador cualificado de la construcción y su madre -que murió cuando ella tenía catorce años- era ama de casa. Su padre volvió a casarse y a esta mujer, con la que mantuvo una excelente relación, ella siempre la llamó *mi madre*. Se considera políticamente de derechas y dice ser católica, aunque no practica regularmente. Permaneció soltera hasta los setenta y seis años, cuando tras reencontrarse con un profesor suyo de bachillerato del que había estado enamorada, se casó y se fue a vivir a los Estados Unidos donde su marido era catedrático de literatura.

Concha Masiá se mostró encantada de colaborar como informante y le pareció que era importante recoger el testimonio de las matronas, ya que ellas eran las que pasaban muchas horas acompañando a las mujeres:

"La historia de los partos no es solo decir si se hacen o no episiotomías⁸⁴. Las matronas tenemos que contar que hemos padecido mucho cuando los partos se complicaban, pero también hemos

⁸⁴ La episiotomía es el corte del periné que se realiza para acortar el período expulsivo.

disfrutado de nuestra profesión ofreciendo apoyo y consuelo a las mujeres"⁸⁵.

Trabajó siete años como enfermera en el Hospital Provincial de Valencia, en el laboratorio, donde se hacían las analíticas para confirmar el embarazo, la llamada prueba del *Galli*. Posteriormente, trabajó como matrona en compañía de ginecólogos de reconocido prestigio alrededor de quince años. Asistió algún parto en el domicilio de las mujeres, pero el grueso de su trabajo durante aquella época fue la asistencia en los hospitales privados. Al poco tiempo de abrirse el Hospital Maternal en la Ciudad Sanitaria La Fe, solicitó plaza como matrona y, paulatinamente, fue dejando la asistencia privada. Allí trabajó los veinte años que quedaban hasta su jubilación en 1992.

Nuestra tercera informante es Amalia Amorós Guerrero, una matrona jubilada que cuando conversamos con ella tenía noventa años. Nació en Valencia el seno de una familia de clase media –su padre era viajante y su madre ama de casa–, y de adscripción política republicana. Ella se considera demócrata, socialista y de religión católica. Está casada y su marido fue agente de aduanas antes de la jubilación. Tiene dos hijos –el mayor es biólogo y da clases en una universidad de California, y el menor trabaja en empresas de energía solar–, y una hija que es enfermera. Cuando realizamos la entrevista acababa de regresar de una estancia en México: "Sentí la necesidad de ir a despedirme de mi hijo, de su mujer, de mi nieta y de mi biznieto. Creo que es probable que no

⁸⁵ Entrevista a Concha Masiá Lluna realizada el 20 de febrero 2008. En adelante la citaremos como ECM.

vuelva y me pareció que lo mejor era que habláramos y que disfrutáramos ahora que aún estoy bien"⁸⁶.

A pesar de que solo nos conocíamos telefónicamente, se estableció una magnífica relación de cercanía y terminada la entrevista hablamos largamente no solo de la profesión sino también de aspectos de la vida personal, de la valoración de su trayectoria vital, del reconocimiento que había percibido en estos últimos años de su vida por parte de compañeras de profesión, compañeras y compañeros de la universidad de mayores, a la que asiste desde hace varios años y de sus amistades. La enorme vitalidad de esta mujer, su energía y la serenidad con que hablaba de su pasado, así como la certeza con la que expresaba sus emociones haciendo una valoración global de su trayectoria vital, produjeron en mí un gran impacto.

Trabajó como enfermera en el Hospital Provincial de Valencia, en el servicio de cirugía durante tres años. Se requirió su incorporación con carácter obligatorio en julio de 1936 al iniciarse la guerra civil. Desempeñó su labor profesional con médicos muy reconocidos, y como ejemplo de ello podemos citar a Nicasio Benlloch, José y Eugenio López Trigo y Vicente Gómez Ferrer. Amalia lo recuerda como una experiencia muy buena por el trato con ellos: "Eran personas muy respetuosas, muy humanas y no como muchos de los médicos de ahora." Al terminar la guerra se presentó a una oposición de administrativa, obtuvo la plaza y trabajó en el departamento de zonas devastadas con un arquitecto y dos aparejadores. Desde 1942 hasta 1968 fue matrona titular de Xirivella, un pueblo de la periferia de Valencia en la que se instalaron muchas de las personas que emigraban desde las áreas

⁸⁶ Entrevista a Amalia Amorós realizada el 10 abril 2008. En adelante la citaremos como EAA.

rurales de otras provincias con menos desarrollo. Allí asistía a los partos en el domicilio de las mujeres, requiriendo la ayuda del tocólogo titular cuando el parto se complicaba. También asistió a las mujeres en el domicilio de manera privada, casi siempre en compañía de algún tocólogo que era quien hacía el parto. Recuerda cariñosamente a Francisco Donat, José Aviñó y Joaquín Nebot. A finales de los años sesenta, se incorpora a la Residencia de la Seguridad Social General Sanjurjo como matrona. Cuando se abre el Hospital Maternal La Fe, se traslada allí hasta su jubilación en 1983.

El cuarto testimonio utilizado como fuente oral -respecto a las matronas que habían asistido partos en el domicilio- para nuestro trabajo fue la entrevista realizada a Vicenta Montagut Costa. Tiene setenta y tres años. Nació en Cullera, pueblo costero de Valencia, y ha ejercido la profesión de matrona de varias formas. Acompañando a médicos tocólogos en la asistencia al parto en el domicilio y realizando su trabajo de matrona en un centro sanitario de la beneficencia. Estas funciones las desarrolló hasta que se incorporó al Hospital Maternal La Fe, a principios de los años setenta.

Pertenecía a una familia de clase media, su padre era labrador y su madre ama de casa. Su marido también trabajaba en el campo y tiene un hijo empleado en una empresa de seguridad y una hija que está estudiando teología. Se jubiló en 1996 porque, aunque se encontraba con ganas de trabajar hasta cumplir los sesenta y cinco años, cuando terminaba su guardia y tenía que volver conduciendo le invadía el sueño y llegó a la conclusión de que, en esas condiciones, la carretera era un peligro. Se considera políticamente de izquierdas y dice profesar la religión católica.

El hecho de ser de un área rural significó para ella una dificultad añadida, ya que para estudiar tuvo que desplazarse y

eso significaba un gasto para la familia: "Menos mal que mis padres tenían algunas tierras y con eso nos podíamos defender, porque tuve que ir a vivir a Valencia con una familia para poder asistir a la facultad"⁸⁷.

La quinta de las matronas entrevistadas que había trabajado en sus inicios profesionales asistiendo partos en los domicilios fue Fina Gisbert Buix. Nació en plena contienda civil, 1936 y en el momento de la entrevista tenía 73 años. Su familia era de clase media, su padre transportista y su madre ama de casa. Se considera políticamente una mujer de "derechas" y es de religión católica. Cuando le preguntamos si ha tenido conflictos de tipo religioso o ético nos dice: "Yo estoy en contra del aborto, pero si me hubiera pasado a mí no sé lo que hubiera hecho. Porque una cosa es hablar y otra sufrir en tu propia carne las cosas"⁸⁸.

Está viuda y tiene tres hijos, los dos mayores son varones y profesionalmente sus ocupaciones son militar en el primer caso y trabajador de una entidad bancaria en el segundo. La menor es matrona y actualmente trabaja en el Hospital General de Valencia. Aunque su familia no estaba sobrada de dinero, estudió hasta bachillerato superior en el instituto público S. Vicente Ferrer. No era obligado, pero ella estudió simultáneamente las carreras de practicante y de matrona que duraban dos años. Mientras estudiaba trabajó en radiología con el Dr. Celma y el Dr. Vilar. Los hijos de estos médicos son en la actualidad jefes del servicio de radiología del Hospital Dr. Peset y del Hospital General. Empezó a trabajar como matrona de zona en 1960 aunque desde que

⁸⁷ Entrevista a Vicenta Montagut Costa realizada el 21 de abril 2008. En adelante la citaremos como EVM.

⁸⁸ Entrevista a Fina Gisbert realizada en agosto de 2009. En adelante la citaremos como EFG.

terminó la carrera en 1957 asistía partos privados en las casas: "Nada más terminar me compré un maletín que llevaba el instrumental que se necesitaba y también llevaba medicación porque se entiende que en un momento de urgencia el marido no estaba como para irse a buscar una farmacia"⁸⁹.

Ha trabajado desde los 19 años hasta la edad reglamentaria de jubilación en el año 2001, primero cuando estaba soltera y después de casada, a pesar de tener que tener que discutir con su marido por lo difícil que resultaba tener que salir de casa a cualquier hora teniendo hijos pequeños:

"Los hombres de aquella época eran muy *moros*, pero se trataba de puntualizar. Yo le dije que había hecho una carrera porque me gustaba y aunque él pudiera llevarme como una reina, no estaba dispuesta a ir de la pila a la cama. Yo he de trabajar y disfrutar de mi profesión. Si llegabas a un entente bien y si no, cada uno por su lado. En mi caso, a mi marido no le gustaba mucho, pero era igual"⁹⁰.

Cándida Parra es la abuela de una de las residentes de la XIV Promoción de Matronas de la CV. La consideramos como nuestra sexta informante en cuanto a las mujeres que asistieron partos en el domicilio de las gestantes, aunque su situación dista del resto de las informantes porque ella no tenía formación, era una partera tradicional o aficionada. En el momento de la entrevista tenía 85 años⁹¹. Nació en 1925 en Salvacañete un municipio situado en la provincia de Cuenca, aunque dista 60 Km de Teruel y 80 de la propia capital de provincia. A este núcleo

⁸⁹ EFG.

⁹⁰ EFG.

⁹¹ Entrevista a Catalina Pérez realizada en abril del 2010. En adelante la citaremos como ECP.

pertenecen varias aldeas como La Hoya del Peral, El Masegar, Masegarejo, Casas Nuevas, La Nogueruela y otras, a las que nuestra partera dio servicio en el momento de los partos. Pertenecía a una familia cristiana y de derechas, dedicada a la agricultura y a la ganadería. Su madre enviudó muy joven y volvió a casarse con el que sería su padre. Nos aclara con firmeza que “la religión influyó con gran fuerza en mi ejercicio”.

La séptima mujer que había asistido partos en el domicilio a la que entrevistamos se llama Vicenta Rosalía Bellido. Nació en 1932 en Castellón y en la actualidad tiene 82 años. En su familia ya existían vínculos con el mundo sanitario porque su padre era Practicante. Su autopercepción política es de derechas y pertenece a un nivel socio-económico que considera medio-alto. Es una mujer católica con firmes convicciones ya que cuando hablamos sobre la influencia de sus creencias en la práctica profesional dijo: “Claro que ha influido porque yo estoy contra el aborto. Lo considero inmoral”⁹².

Nuestra octava informante, Armonía Baldayo⁹³, también es de Castellón, tiene setenta y siete años y pertenecía a una familia de clase media-baja. Su padre era fundidor y su madre, como la mayoría de esposas de la época se dedicaba al cuidado de los hijos. Armonía prefiere no definirse políticamente pero a lo largo de la entrevista deja entrever cierta aversión a ‘la derecha’. De religión católica, sin que esto hay influido en su vida profesional.

⁹² Entrevista a Vicenta Bellido realizada en abril del 2010. La citaremos en el texto como EVB.

⁹³ Entrevista a Armonía Baldayo realizada en mayo del 2010. En adelante nos referiremos como EAB.

Otra de nuestras entrevistadas, Priska Guerrero⁹⁴ tiene setenta años y es natural de Albacete. En su larga trayectoria profesional que ha desarrollado en la provincia de Alicante, ha trabajado como matrona de APD, en el hospital 'La Sagrada Familia' al que la gente conocía como Clínica de Beneficencia, ha asistido partos privados, ha tenido plaza en el Hospital de Alicante y en el de Elche y, finalmente, los últimos diez y ocho años antes de su jubilación estuvo de matrona de Atención Primaria en Elche. Contactamos con ella por medio de un enfermero que trabajaba en el mismo Centro de Salud y nos comentó que desde que se había jubilado pasaba muchas veces a charlar con ellos. Fue una entrevista entrañable porque –sin conocernos previamente- abrió las puertas de su casa y se mostró muy interesada durante las dos horas largas que duró la conversación. Nos transmitió la ilusión con la que había asistido los partos y cómo había amado su trabajo. Resistiéndose a perder el contacto con la que había sido su profesión, no dejó de preguntar por las nuevas tendencias, por la forma de trabajar en los paritorios y se manifestaba entusiasmada porque estuviéramos recogiendo testimonios de las matronas.

La siguiente entrevista la realizamos a Concha Pereda una matrona de noventa años que ha sido una de las más conocidas y respetadas de Valladolid durante los años que trabajó⁹⁵. Es una mujer totalmente lúcida que se auto inscribe políticamente como 'una persona de derechas' y en cuanto a sus creencias es una católica no practicante a la que no ha influido su religión en la práctica profesional. Su testimonio resultó de gran interés debido

⁹⁴ Entrevista a Priska Guerrero realizada en mayo del 2010. Nos referiremos al citarla como EPG.

⁹⁵ Entrevista a Concha Pereda realizada en enero del 2011. En adelante ECP.

a que su formación y su experiencia profesional se habían producido en otra ciudad con lo cual nos permitió valorar las coincidencias y las diferencias que pudieron producirse en los años que abarca nuestra investigación. Es una mujer entrañable, que se muestra segura de sí misma y adelantada para la época que le tocó vivir. Se despidió de nosotras con la siguiente frase: "Si volviera a nacer sin duda volvería a ser matrona".

La entrevista que hizo el número once de las matronas que habían asistido partos domiciliarios fue realizada a María Navarro⁹⁶ que nació en Xàtiva en 1946. Considera el nivel económico de su familia como alto para aquellos tiempos, ya que su padre era médico. Su autopercepción política es 'de derechas' y su religión católica, lo que según nuestra informante ha influido mucho en su práctica profesional. Su experiencia en asistir partos a domicilio fue realizada por caridad, asistiendo a mujeres que no tenían recursos para pagarse la asistencia en una clínica privada que era donde trabajaba nuestra informante:

"Yo asistía partos con Joaquín Ferreres y cuando me llamaban porque una mujer tenía contracciones iba a su casa y la reconocía. Si estaba de parto les decía que se fueran a la clínica privada 'Virgen de las Nieves' que era donde trabajábamos. Pero cuando me llamaban de 'las cuevas' iba yo sola a asistir el parto porque eran gente muy pobre que no podían costearse los gastos de la clínica. El médico no venía porque él sabía que yo hacía los partos sin cobrar, pero siempre me decía que si se presentaba algún problema podía llamarle. No podían pagar, pero eran personas muy agradecidas que me trataban muy bien y con un gran respeto"⁹⁷.

⁹⁶ Entrevista a María Navarro realizada en febrero de 2011. En adelante EMN.

⁹⁷ EMN.

Otra de nuestras informantes, Amparo Cabedo⁹⁸ que en la actualidad tiene sesenta y ocho años había estudiado ATS antes de la especialidad, de modo que trabajó como enfermera durante casi dos años en el Hospital Clínico de Valencia. Después, en vez de solicitar su plaza en un hospital, se incorporó como matrona de Asistencia Pública Domiciliaria (APD).

El último de los testimonios recogidos en este apartado pertenece a la entrevista a una matrona que lleva dos años jubilada. Es Ana Martínez Molina, una de las matronas más conocidas, admiradas y queridas entre las personas que nos dedicamos a la obstetricia en la ciudad de Valencia. Ha trabajado en los domicilios, en la asistencia privada, en la asistencia hospitalaria, ha sido profesora de Enfermería y de algunas promociones de especialistas en asistencia obstétrica y, además, es autora de varios artículos y de una colección de libros históricos sobre aspectos relacionados con nuestra profesión. Su familia era de clase media, se considera una mujer de ideología política de izquierda y católica “aunque tengo que decir que no soy practicante y que no ha tenido nada que ver con mi profesión, es una creencia íntima”⁹⁹.

Los testimonios de estas mujeres han sido fundamentales a la hora de hacer un trabajo con perspectiva histórica como el nuestro. Estas matronas han realizado su ejercicio profesional a lo largo de distintos momentos clave en la vida política de nuestro país, desde la guerra civil hasta la democracia, desde una sociedad anclada en el pasado hasta la sociedad de nuestros días. A pesar de que las entrevistas fueron realizadas siguiendo unos epígrafes

⁹⁸ Entrevista realizada a Amparo Cabedo en junio de 2011. En adelante EAC,

⁹⁹ Entrevista a Ana Martínez Molina realizada en noviembre del 2011. En adelante la citaremos como EAM.

generales que permitieran entender la complejidad de cada historia de vida, para dotar de operatividad todos los datos recogidos, hemos subdividido los resultados en distintos apartados.

3.7. Formación.

Durante el período estudiado que abarca desde los primeros años de postguerra hasta la consolidación de la democracia, la reglamentación de la formación de las matronas sufrió algunas modificaciones. Hasta 1957 fue una carrera independiente, es decir, no era necesario ser practicante para poder ser comadrona. A partir de la unificación de los estudios de Practicante, Enfermera y Matrona en la titulación de Ayudante Técnico Sanitario, se procede a la regulación de la especialidad de asistencia obstétrica-ginecológica (matrona).

No obstante, varias de las matronas entrevistadas realizaron previa o paralelamente estudios para ser enfermeras, o bien estudiaron la carrera de practicantes. En el caso de Concha Masiá:

“Mi madre murió en 1937 y yo tuve que plantearme enseguida ayudar en mi casa. Después, estudié bachiller y tres años de magisterio, pero me encontré a unas compañeras y me dijeron que con su sueldo de maestras solo podían pagarse la casa y que sus padres las ayudaban en comida y ropa. Así que estudié para enfermera y empecé a trabajar en el laboratorio”¹⁰⁰.

Por su parte, Amalia Amorós:

¹⁰⁰ ECM.

"Yo había estudiado el bachiller elemental pero quise hacer el superior. Me matriculé en la academia *Castellano* y después estudié para enfermera en la calle Calatrava. Recuerdo al profesor Carvajosa y a Mercedes Maestre que era secretaria de Federica Montseny y cuando estalló la guerra tuvo que exiliarse. Terminé en junio y en agosto me obligaron a incorporarme en el Hospital General en cirugía y yo no había visto en mi vida un quirófano"¹⁰¹.

En el caso de Vicenta Montagut:

"No era necesario pero yo hice a la vez practicante y matrona. Me fui a Valencia y otra compañera y yo, que estudiábamos juntas, nos quedamos en una habitación de una familia de Cullera. Yo pensé que si estudiaba las dos cosas tendría más oportunidades de trabajar"¹⁰².

El testimonio de Fina Gisbert confirma ese afán de superación que mostraron estas mujeres en unos años en los cuales estudiar una carrera no era habitual y mucho menos cuando se trataba de una mujer:

"Empecé a estudiar en 1954 cuando tenía 18 años porque antes no dejaban hacer la carrera. Exigían tener 3 años de Bachillerato y la Fisiología e Higiene de cuarto. Me encontré con que entonces tenía 15 años y no pude empezar, así que estudié el Bachiller Superior. Empecé a la vez las dos carreras, la de Practicante y la de Matrona. Antes de los 20 años tenía las dos carreras acabadas"¹⁰³.

¹⁰¹ EAA.

¹⁰² EVM.

¹⁰³ EFG.

Nuestra séptima informante (EVB) se formó como practicante y al mismo tiempo como matrona. Obtuvo el título en 1952 por la Facultad de Medicina de Valencia y durante ese curso académico “teníamos clase teórica los lunes, miércoles y viernes”. Recuerda que estudiaba con los apuntes tomados en la clase que entonces impartían el Dr. Bonilla y el Dr. Tortajada. Tenían exámenes cada tres meses y hacían prácticas todos los días excepto el fin de semana.

Nuestra octava informante se formó directamente como matrona en la última promoción anterior a la aplicación de la nueva ley, que exigía haber terminado ATS y después estudiar la especialidad. “Obtuve el título con diez y ocho años, en 1955. Antes de estudiar para matrona, había acabado el bachiller elemental y la asignatura de Fisiología. Mi título estaba firmado por su Excelencia, el Generalísimo Don Francisco Franco Bahamonde”¹⁰⁴. Se formó de manera libre y al finalizar los dos años se examinó ante un tribunal. “No tenía profesores como tal. Solo tenía un libro que se preparaba durante los dos años”¹⁰⁵.

Uno de los requisitos para poder acceder a los estudios de comadrona era tener el bachillerato elemental terminado. Para cuatro de nuestras informantes el hecho de que la contienda civil se produjera en los años centrales de su adolescencia significó un retraso, ya que durante ese tiempo se suspendieron los estudios, además de las repercusiones que tuvo en la vida privada de sus familias. Para Andrea Rojas:

“Estudié bachiller en Ciudad Real y estando allí se murieron mis padres y tuve que plantearme las cosas de otra manera. Tenía que decidir cómo ganarme la vida. Entonces tropecé con una

¹⁰⁴ EAB.

¹⁰⁵ EAB

amiga mía que se había hecho comadrona y decía que se necesitaban más. Me llevó al hospital de la beneficencia donde ella trabajaba y hablé con el jefe de maternidad que me aclaró las dudas que tenía. Entonces tuve que estudiar durante dos años Fisiología e Higiene”¹⁰⁶.

Los estudios de matrona tenían que ser precedidos de la superación de las asignaturas de Fisiología e Higiene, que una de nuestras matronas informantes recuerda con exactitud: “Entonces se estudiaba un libro que se llamaba Nociones de Anatomía y Fisiología y era de Orestes Cendrero¹⁰⁷”. La especialidad duraba dos años de clases teóricas y prácticas, que desarrollaban de manera distinta según la ciudad. La docencia estaba monopolizada por los médicos que daban clases en la Facultad y también daban clases particulares. Era así mismo obligado asistir a prácticas en algún centro que tuviera una maternidad para obtener un certificado que permitía obtener el título una vez aprobado el examen. En el caso de Andrea Rojas:

“Yo estaba en Sevilla, que era como la sucursal de Cádiz, donde tenías que examinarte para que te dieran el título. Íbamos a casa de un médico, una casa particular, no como ahora que hay escuelas y es otra cosa. Éramos tres y ya está. Luego el examen se realizaba en Cádiz, en la Facultad, en los meses de junio y septiembre. Las prácticas las habíamos hecho en la maternidad donde había las matronas que tenían su plaza y allí hacíamos

¹⁰⁶ EAR.

¹⁰⁷ EAR. Un texto de anatomía básico en aquella época era el libro del Dr. Curiel Orestes Cendrero ‘Compendio de Anatomía, Fisiología e Higiene’, publicado en Santander en el año 1931, que corresponde al contenido del testimonio, ya que se utilizaba en los institutos en el cuarto curso de bachillerato de la época.

algún parto y hacíamos camas y lavábamos a las mujeres recién paridas y comprobábamos las dilataciones”¹⁰⁸.

Dos de las matronas entrevistadas que habían estudiado en Valencia nos ofrecen una realidad relativamente discrepante del testimonio anterior. Así Concha Masiá:

“Como profesor de teoría teníamos a D. Salvador Valero, que era auxiliar de la cátedra de Obstetricia y Ginecología. Íbamos a prácticas pero, aunque era obligado asistir, no se vigilaba el cumplimiento. La sala de maternidad del Hospital General¹⁰⁹ (Fresquet, 1988, pp. 181-195) se llamaba San Ramón y allí estaba de matrona doña Encarna Ballester, que era una mujer que imponía mucho. Pero no nos dejaba hacer nada. Cuando terminabas sabías mucha teoría pero poco de hacer partos y saber de las dilataciones”¹¹⁰.

Por su parte, Amalia Amorós:

“Allí había una mujer que se llamaba Antonia *La Maña*, que se encargaba de la limpieza y ella era la que hacía los partos y no nos dejaba hacer absolutamente nada, ni reconocimientos ni partos. Encarna Ballester era la que tenía la plaza de matrona, pero no nos dejaba reconocer a las mujeres (...) Cuando terminé, tuve la suerte de conocer a doña Rafaela Naranjo que era una matrona que trabajaba en el Grao, y estuve yendo dos años con ella sin cobrar, pero era necesario para tener experiencia”¹¹¹.

¹⁰⁸ EAR.

¹⁰⁹ En el Hospital General de Valencia empezaron a asistirse partos en 1810 según consta en la Tesis de Licenciatura de Luis Sánchez Ruiz realizada en 1986 con el título "El Hospital General de Valencia a través del Libro del Recibidor de Enfermos. Estudio estadístico y descriptivo (1800-1910).

¹¹⁰ ECM.

¹¹¹ EAA.

En el caso de Armonía Baldayo hubo dificultades para realizar prácticas porque en Castellón solo estaba autorizado para ello el Hospital Provincial y, como allí ya había una matrona interna, ella tuvo que acudir como externa.

“Si quería hacer algo tenía que estar allí las veinticuatro horas y a veces me quedaba sin comer, porque de lo contrario, ni veía ni hacía nada. Iba a ‘salto de mata’ [sic]. Y luego, también iba con alguna matrona por la calle, detrás, haciendo las cosas que ella no quería hacer”¹¹².

Casi una década después las cosas seguían igual, según nos refiere Fina Gisbert. Pero en su testimonio nos explicó claramente cuál era y cuál es el papel del médico y el de la matrona, y defiende claramente esta posición:

“El Hospital General estaba en la calle Guillem de Castro. D. Luís Alfaro estaba como de médico adjunto y era el que nos daba clases teóricas. En las prácticas no recuerdo a ningún médico, pero había una señora que limpiaba que era la que lo mangoneaba [sic] todo. Si le caías bien podías reconocer a la mujer y si no, no podías hacer nada. Teníamos clases por la mañana varios días a la semana y guardias por la tarde y por la noche cuando nos correspondía. De médicos en mis guardias tenía a D. M. Quirós y a D. Manuel Desantes, con los cuales he trabajado durante años en la privada”... “En cuanto a la formación que nos daban los médicos siempre era teórica, por tanto, no me apena decir que ellos de teoría saben mucho. Pero la práctica, la han tenido que aprender desde siempre al lado de una matrona porque cada uno tenemos una misión. La de la partera es saber si el parto va a evolucionar bien y valorar el

¹¹² EAB.

progreso y la del médico saber qué hacer si algo no va bien o se complica”¹¹³.

Fina Gisbert recuerda la forma de realizar los tactos vaginales:

“En aquella época los tactos, los reconocimientos eran rectales. A las mujeres nunca las valorábamos por vagina. Se utilizaba un dedil y todas teníamos mucho cuidado de no contagiar a unas de otras porque había muchas enfermedades y encima era un barrio donde cerca había prostitución y gente con mucha miseria”¹¹⁴.

Una de las más jóvenes de nuestras informantes además de asistir a las clases teóricas en la Facultad de Medicina asistió a clases particulares.

“Nos examinaban D. Ignacio Martí y D. Vicente Salvatierra, que después fue catedrático en la Universidad de Granada. Íbamos dos o tres días a clase en la Facultad y después teníamos clases particulares en casa del Dr. Salvatierra. Allí acudíamos seis estudiantes de matrona. Él nos daba sus apuntes y nos decía que eso era lo que teníamos que estudiar, que el resto eran tonterías (...) Durante los dos años era obligado hacer prácticas en el Hospital General, pero allí no hicimos ni un parto, solo mirábamos”¹¹⁵.

Nuestra informante de Valladolid antes de ser matrona había terminado el bachiller superior y realizó la carrera de practicante. En cuanto finalizó la formación le ofrecieron un puesto en un hospital de enfermos tuberculosos y fue cuando -viendo que

¹¹³ EFG.

¹¹⁴ EFG.

¹¹⁵ EVM.

no se sentía satisfecha con ese trabajo-, se presentó al examen para ser matrona. “El examen lo hacía un ginecólogo y a mí solo me preguntó ‘que si sabía lo que era un parto’”. La formación la realizó con los estudiantes de medicina, pero las prácticas fueron casi inexistentes:

“En la Facultad iba a las clases que correspondían al 5º curso de Medicina en el que impartían las clases de Obstetricia y Ginecología. Durante ese tiempo no pisé ningún hospital, ni hice ni vi ningún parto, ya que la formación era teórica. Solamente me enseñaron a valorar a las mujeres mediante tactos rectales y al principio no notaba nada”¹¹⁶.

Era preceptiva la utilización de varios textos para la docencia. Las comadronas sabían que después podían verse abocadas a trabajar en áreas rurales alejadas del medio hospitalario, y por ello tenían especial interés en que su formación fuera lo más completa posible.

“Estudiaba con dos libros: uno era...el de Agustín Planelles¹¹⁷ y me acuerdo perfectamente de la cosa de la pelvis, eso nos lo sabíamos igual que el Padre Nuestro. Dónde iban los diámetros y dónde no iban. Luego se hacía la pelvimetría, que se mide eso del diámetro bicrestal y biespinoso, y el posterior que va desde el promontorio a la sínfisis del pubis. El bicrestal me parece que era 30 cm.”¹¹⁸.

¹¹⁶ ECP.

¹¹⁷ Nuestra informante se refiere al texto Agustí Planells, D. “Carrera de Matrona”. Ed. Miguel Servet. Madrid, 1943.

¹¹⁸ EAR.

Fina Gisbert nos explica la importancia que tuvo para ella la presencia entre los médicos que la formaron del Dr. Enrique Tomás, porque además de ginecólogo era cirujano y su juicio clínico era de absoluta certeza. "Sabía diagnosticar por palpación abdominal un embarazo gemelar en una gestante de cinco meses y localizar mediante el tacto vaginal un mioma en la cara posterior del útero"¹¹⁹.

Priska Guerrero hizo la especialidad de matrona -después de haber estudiado la carrera de ATS- en el Hospital Santa Cristina de Madrid. Durante los doce meses que duraba la formación, los primeros tres se dedicaban exclusivamente a clases teóricas y durante los nueve restantes se alternaba la teoría y la práctica. Hacían exámenes cada trimestre y después un examen final. Era preceptivo haber realizado cien partos para poder obtener el título lo que consiguió en el año 1963.

Ana Martínez estudió hasta 5º curso de bachillerato en una escuela privada. Después estudió ATS en la Escuela Diocesana, un centro privado adscrito académicamente a la Universitat de València. Recuerda que tenía dos días a la semana de clases teóricas y una guardia de veinticuatro horas en el paritorio del Hospital Clínico, obteniendo el título de especialista en 1967. Estudió con los apuntes tomados en clase, pero se compró los tres tomos de obstetricia, ginecología y patología obstétrica del Dr. Botella¹²⁰.

¹¹⁹ EFG.

¹²⁰ José Botella Llusá, miembro de la Real Academia Nacional de Medicina desde 1950. Uno de los ginecólogos españoles más prestigiosos desde los años cuarenta del siglo XX. Del libro que cita nuestra informante se ha hecho 13 ediciones.

Otra de las compañeras de promoción de Ana Martínez, fue María Navarro y nos amplía algún dato más sobre la forma de funcionamiento en el curso 1966-67:

“Las clases teóricas eran por las tardes y yo hice las prácticas en el Hospital Provincial de Valencia. No hizo falta hacer ningún examen para poder empezar la especialidad porque éramos pocas todavía. Recuerdo a algunos de los profesores que nos daban clase: Don Francisco Bonilla, Don Ignacio Martí, Don Miguel Tortajada y Don Rafael Cerdá”¹²¹.

Nuestra sexta informante –que fue una partera tradicional-, no tuvo formación académica, no sabía leer ni escribir y el aprendizaje del oficio de partera lo obtuvo acompañando a otra mujer que atendía los partos en su pueblo. También sabía de rezos por lo que era requerida cuando había que hacer el duelo a un difunto, además de su participación en los nacimientos.

3.8. El trabajo.

Ante la política del estado franquista, las mujeres tuvieron diferentes reacciones. El trabajo femenino ha sido estudiado por Ma Carmen García Nieto en un capítulo dedicado a la actividad laboral de las mujeres, donde clasifica las respuestas en tres grandes grupos (García-Nieto, 2000, pp. 726-727). El primer grupo, que denomina de *integración y consenso*, estaría compuesto por las mujeres que se adaptaron a los presupuestos franquistas en aras al crecimiento económico, asumiendo sin críticas el modelo de esposa y madre que encajaba a la perfección

¹²¹ EMN.

con la organización patriarcal, androcéntrica y masculina de la sociedad de la época. El segundo grupo lo constituyeron *las otras mujeres*, entre las que se encontraban en primer término las mujeres identificadas por su participación o por vínculos familiares en el bando republicano. Estas mujeres fueron víctimas de la represión, que se ejerció sobre ellas por sus ideas y por las de los hombres de su familia. Nada más terminar la guerra fueron detenidas unas 30.000, de las cuales alrededor de 1.000 fueron condenadas a muerte y ajusticiadas. También pertenecían a este grupo las mujeres más pobres cuya vida estaba marcada por el hambre, la miseria y el miedo a la policía y a la vigilancia de la Iglesia. Nos referimos a aquellas mujeres de la clase obrera y de los estratos más populares que utilizaron el trabajo como estrategia de integración en la sociedad. Dentro de este grupo también podemos incluir a las mujeres que participaron en la resistencia antifranquista desde partidos políticos, organizaciones sindicales y movimientos de mujeres.

El tercer grupo, formado por mujeres que tuvieron independencia y presencia en la sociedad aceptando el modelo económico de crecimiento, buscó otras pautas de comportamiento que les permitieran ocupar el espacio público y disfrutar de cierta autonomía. Son mujeres que siguieron el modelo americano que se veía en las películas, a las que Carmen Martín Gaité (1987) denominó *Chicas Topolino*. Evidentemente, nos parece exagerada esta tercera clasificación porque pensamos que es poco representativa, incluso para esas pocas mujeres que, a pesar de buscar sus espacios fuera de la reclusión de la vida doméstica, estaban muy lejos de parecerse a las mujeres de las películas americanas. A este tercer grupo también podemos adscribir a otras mujeres que desde dentro del sistema y a través de la Iglesia encontraron sus estrategias de socialización e intervención en el

mundo público, mediante su pertenencia a la Acción Católica, o participando en asociaciones de movimientos apostólicos como la HOAC o la JOC. Otro grupo de mujeres que pudieron intervenir en la vida pública lo hicieron a través de la Sección Femenina, llegando a ser alguna de ellas procuradora en Cortes. El subgrupo más importante dentro de esta tercera categoría estuvo formado por las mujeres que en los años sesenta y setenta, a partir de su incorporación a la educación superior y al mercado de trabajo, encontraron caminos para una cierta autonomía y para la afirmación de su identidad profesional (Aguado, 1996).

Las matronas que hemos entrevistado para nuestro trabajo formaban parte de este tercer subgrupo y consiguieron a través de su trabajo participar en el denominado espacio público por medio del ejercicio de su profesión, lo que les reportó la obtención de un salario mensual, las hizo salir del denominado espacio privado para trabajar y, en definitiva, les permitió conseguir prestigio ante los médicos varones con los que trabajaban, así como reconocimiento social por parte de las mujeres a las que atendían. Las cifras bailan con los años, y es difícil establecer tarifas homogéneas respecto al dinero que cobraban por ejercer su trabajo. Andrea Rojas recuerda que:

“Cobraba un sueldo fijo al mes porque tenía la titular, que no todas las matronas la tenían y, además, cobrábamos por acto médico. Por la titular, recuerdo que mi último sueldo fue de 1.999 pesetas en 1970 y por cada parto cobrábamos 75 pesetas en mil novecientos cincuenta y tantos, luego al pasar los años subieron a 100, y al final llegamos a cobrar 300. Yo tenía al mes quince o veinte partos los primeros años”¹²².

¹²² EAR.

En el caso de Amalia Amorós:

“Yo no era la matrona titular de Chirivella, era Da Rosario Soler. Yo era matrona de la seguridad social y cobraba por acto médico. Cobrabas al mes según los partos que hacías. Nos pagaban en “La finca del Chavo”. Si se daba el caso que estabas con una mujer un día entero y después la cosa se complicaba y había que trasladarla a Valencia, pues ese parto no lo cobrabas. Empecé cobrando 25 pesetas por parto. En 1968 ya cobraba 120 pesetas. Yo solía tener entre quince y veinte partos al mes”¹²³.

Vicenta Montagut trabajaba en Cullera, y su situación presentaba algunas diferencias:

“En los primeros sesenta ayudaba a un médico de Cullera. Él me llamaba, y después se cobraba por acto médico según lo que llevabas a “La finca del Chavo”. Cobraba unas 80 pesetas por parto. Allí las mujeres trabajaban en la naranja y cuando acababa el parto nos daban “*la fulla tarongera*”¹²⁴.

Amparo Cabedo, después de trabajar como ATS consiguió una plaza en la que estuvo diez y nueve años como matrona de APD. Cuando se aplicó la Ley General de Sanidad de 1986 se fueron incorporando paulatinamente a los nuevos Centros de Salud los profesionales que hasta entonces habían prestado sus servicios en la asistencia pública. En el caso que nos ocupa, como Matrona de Atención Primaria, se le ampliaron sustancialmente las funciones que tenía que realizar en cuanto a la Promoción de la Salud. Desde 1968 hasta 1976 estuvo realizando entre seis y ocho partos al mes en el domicilio. Después del parto, visitaba a la

¹²³ EAA.

¹²⁴ EVM.

mujer y al recién nacido durante los días que permanecía el cordón umbilical, daba instrucciones sobre la higiene de la madre y el bebé, revisaba y curaba a la madre si había tenido algún desgarro perineal que hubiera necesitado sutura, ya que era infrecuente realizar episiotomías. Para ello utilizaba agua hervida con sal y si era necesario administraba una pomada cicatrizante. Durante esos años también tuvo partos privados en el domicilio:

“Trabajaba con un médico y tenía unos tres partos al mes en las casas. Los partos privados eran asistidos por el médico y en esos años también hubo mujeres que eran clientas del médico y querían que el parto fuera en un hospital privado. Así que tenía tres o cuatro partos más al mes”.

Concha Masiá, que trabajaba sólo en la asistencia privada y con médicos de gran renombre, refiere cifras más altas: “En los privados cobrábamos unas 5.000 pesetas por parto durante los años setenta. Luego la gente hacía muchos regalos: bombones, flores, alguna figurita para decoración, hasta una vez llegué a casa y me habían mandado un jamón”¹²⁵.

Fina Gisbert consiguió la plaza de matrona de zona en 1967. Es consciente de que desde finales de los años cincuenta cuando se había titulado la situación había cambiado. La gente ya tenía un cierto nivel de vida que era bajo, pero podían vivir de su trabajo. Eran gente de clase media baja que disponían de lo básico para poder ser atendidas en el parto en su domicilio, una situación lejana a la pobreza y miseria de los años de la posguerra:

“Me llamaron porque había una plaza en Juan Llorens y he estado allí hasta el 2001 cuando me jubilé. Mi primera

¹²⁵ ECM.

nómina fue de 1100 pesetas, nos pagaban por cartilla¹²⁶, o sea que cuantas más cartillas tenía tu zona más cobrabas. Además nos pagaban por acto médico¹²⁷ como matronas de zona y teníamos que ir a cobrar al Instituto Nacional de Previsión. Con los años pasaron a ingresarlo directamente en la cartilla. Además como trabajaba en la privada ganaba mucho dinero. Yo cuando había un congreso internacional iba. Estados Unidos, Holanda, Suiza, muchos sitios. Era la única manera de irme lejos para que no me encontraran, me gastaba el dinero que había ganado en todo el año, pero era una especie de vacaciones. Porque si estaba aquí y me llamaban y estaba en casa, nunca sabía decir que no aunque estuviera de vacaciones. Podía ser una mujer que le hubieras atendido en el parto anterior y entonces...”¹²⁸.

La sexta informante fue una partera tradicional que no percibía ningún dinero ya que su servicio lo prestaba vinculado a su fe cristiana. Ella sabía que tenía un ‘don’ para acompañar a las mujeres de parto y a los familiares cuando tenían que despedir a un difunto y así lo hacía. En cuanto la llamaban acudía a la casa y acompañaba a la mujer mientras “tenía los dolores”¹²⁹, le ayudaba en aspectos relacionados con la comodidad, le preparaba infusiones, se ocupaba de los otros hijos que tuviera la mujer y solo la reconocía cuando la mujer tenía ganas de empujar. Le ayudaba a sacar al bebé, se ocupaba de anudar el cordón y de asear al recién nacido. Luego lavaba a la mujer y si la situación lo

¹²⁶ Esto significa que según el número de afiliados a la seguridad social que tuviera la zona se cobraba una cantidad.

¹²⁷ En este caso *acto médico* se refiere a la atención al parto realizada por la matrona.

¹²⁸ EFG.

¹²⁹ ECP.

permitía le ponía sábanas limpias para que pudiera descansar después del trabajo de parto.

Vicenta Bellido, nuestra séptima matrona entrevistada, trabajó de enfermera en el Hospital Provincial de Castellón en cuanto acabó la especialidad. Pero al año consiguió plaza de matrona en el Hospital y trabajó durante ocho años allí, al mismo tiempo que asistía partos privados en los domicilios introducida por un ginecólogo. En algunas ocasiones el parto lo asistía solo ella porque a la familia le resultaba más económico pagar a la matrona. En caso de que desearan la presencia del ginecólogo privado durante el parto o cuando acudía porque era requerido por la matrona, el precio se elevaba. Durante esos años el promedio de partos que hacía al mes era alrededor de treinta. Si el parto lo hacía ella cobraba en mano pero, cuando tenía que acudir el médico, era éste el que percibía la cantidad convenida “él me daba en mano la cantidad que consideraba oportuna”. Nuestra informante recuerda que llevaba su propio instrumental y que cuando se necesitaba se hacía una episiotomía pero según nuestra informante habían más desgarros “seguramente por la posición que adoptaba la mujer”. Cuando la llamaban si podía iba andando y si estaba lejos tenía que desplazarse con un taxi. “Normalmente la mujer estaba en la cama y yo me quedaba hasta que todo hubiera terminado”.

“Llamaba al ginecólogo para decirle como estaba, pero si todo iba bien él no acudía. Pero si se alargaba demasiado o se presentaba alguna complicación, le llamaba para que viniera. El marido estaba en casa pero apenas intervenía porque era cosa de mujeres. Yo llevaba mi propio instrumental”¹³⁰.

¹³⁰ EVB.

Respecto a la higiene, cuando realizaba las visitas del puerperio, “mandaba hervir agua para la cura de la episiotomía a la que añadía una cantidad de armil y lo mezclaba en un porrón [sic] como antiséptico. Con agua templada bañaba al recién nacido”. En cuanto a complicaciones presentadas en los partos en el domicilio nos habla de su experiencia. Ella solía llamar al médico cuando el expulsivo se prolongaba demasiado para que aplicara los fórceps. En otros casos, era el propio médico quien, tras valorar la situación, decidía la conveniencia de trasladar a la mujer al hospital y se llamaba a una ambulancia. Según nuestra matrona, en aquella época las madres solían dar lactancia materna en casi todos los casos. Durante el puerperio se visitaba a la mujer en el domicilio hasta que la episiotomía o el desgarro hubieran cicatrizado, informando a la familia sobre la forma de realizar las curas posteriores. Si la matrona asistía el parto era ella la que cumplimentaba el certificado de nacimiento y la que cobraba directamente.

Armonía Baldayo, en cuanto terminó sus dos años de formación empezó a trabajar como enfermera en el Hospital Jaume I de Castellón porque no encontró trabajo de matrona. Estuvo durante seis años: “En 1961 me echaron fuera, porque entonces, cuando te casabas perdías la plaza, no las querían casadas. Mira si hemos pasado. A los dos o tres años ya empezaron a permitir que se quedaran las casadas”. Después de tener a su hija buscó trabajo y consiguió una plaza de matrona de APD. En aquellos años, en las clínicas solo daban a luz las mujeres muy pobres y para ello, durante el embarazo, eran entrevistadas por una visitadora que hacía las funciones de lo que ahora entendemos por Trabajadora Social. Estas iban al domicilio y

valoraban el estado de la vivienda y la situación y después emitían un informe. También existía un espacio para las personas que podían asumir el pago de las clínicas. Según testimonio de Armonía: “Entonces ya existían ‘las clases’ [sic], porque había casos que yo sé que entraban con ‘enchufe’ en la clínica y, sin embargo, se quedaba en la calle alguien que de verdad lo necesitaba”.

Otra de nuestras informantes nos hizo una síntesis de su forma de trabajar en los domicilios aportando algún dato que hasta ahora no habíamos comentado en cuanto a la medicación administrada: “Tenía un promedio de quince a diez y ocho partos al mes. (...) Como medicación utilizaba el Pitocin oral que se administraba sublingual¹³¹, Occiporten¹³² que se administraba intramuscular y supositorios de Buscapina. (...) Si había que curar la herida la lavábamos con agua hervida con sal”¹³³. Priska Guerrero también realizó partos privados con dos médicos, el Dr. Bonete y el Dr. Martínez Aranzana, para las familias que disponían de más recursos económicos y querían asegurarse de que el médico estaría presente junto a la matrona en la propia casa de la parturienta. Esta época corresponde a los años transcurridos entre 1964 y 1973, cuando compatibilizó los partos en casa con partos en la Clínica de la Sagrada Familia donde asistían unos ocho partos de beneficencia y aproximadamente, otros treinta de seguros

¹³¹ La oxitocina tradicionalmente se había administrado por varias vías como son: la nasal, intramuscular, sublingual y de manera intravenosa. En la actualidad sólo se utiliza la vía intravenosa ya que permite el ajuste preciso de la dosis a administrar y por lo tanto es la vía más segura y con menos complicaciones obstétricas.

¹³² No hemos podido comprobar la existencia de este medicamento. Suponemos que la informante cambió el nombre por ser un nombre comercial muy antiguo.

¹³³ EPG.

privados. Como sedación se utilizaba la mezcla lítica¹³⁴ y en el período expulsivo se les administraba Pentotal.

Concha Pereda realizó su primer trabajo como matrona en Santander, en la Maternidad Hospicio y allí fue donde fue adquiriendo la práctica, trabajando con un ginecólogo que le enseñó a hacer partos y a saber valorar la dilatación. También hizo partos domiciliarios en esta ciudad, avisando a dicho ginecólogo cuando tenía alguna complicación. Posteriormente se trasladó a Valladolid, donde por una circunstancia peculiar comenzó a trabajar con uno de los obstetras más importantes de la ciudad:

“Llamó a mi puerta para pedirme que trabajara con él porque a la matrona con la que hacía los partos hasta entonces acababan de meterla en la cárcel. Empecé en los domicilios y al poco tiempo en todas las clínicas y hospitales de Valladolid. Llegué a trabajar con cinco ginecólogos”¹³⁵.

Cuando una mujer se ponía de parto, el marido, la madre u otro familiar iba a buscarla. Ella se desplazaba con una bicicleta con motor cuando vivía en Santander, pero al trasladarse a Valladolid se compró una Vespa porque no le gustaba ir con el marido, sino detrás de él: “Muchas veces me contaban historias acerca de que no era un hijo deseado y que no querían tenerlo... Y a mí no me apetecía escuchar ese tipo de cosas”.

Como sabemos, hasta principios de los años setenta del siglo XX, cuando se construyeron las distintas ciudades sanitarias, los partos se asistían en el domicilio de las mujeres. Las matronas

¹³⁴ La Mezcla Lítica es un combinado de medicamentos que tienen efecto analgésico y ansiolítico que al utilizarse juntos potencian la acción y producen un efecto sedante.

¹³⁵ ECP.

estaban integradas en la asistencia pública domiciliaria o formaban parte de los equipos tocológicos, compuestos por una o dos matronas y uno o dos médicos tocólogos, según el número de cartillas que atendieran, en el caso de las mujeres que tenían derecho al seguro de enfermedad, bien porque trabajaban o porque figuraban en la cartilla como beneficiarias de su marido. La responsabilidad de las matronas se concretaba en asistir el parto de las mujeres, pero sabedoras de que era un momento difícil para éstas, preferían establecer con ellas una relación de confianza que les permitiera estar seguras y confiadas cuando se produjera el momento. El testimonio de Amalia Amorós lo manifiesta: "Me gustaba conocer a la mujer, le controlaba con las tiritas si tenía glucosa, vigilaba la tensión arterial, hablaba con ella y así conocía su carácter y ella el mío. Eso hacía que a la hora de asistirle estuviera tranquila, había una confianza entre las dos"¹³⁶.

Andrea Rojas nos informó que:

"Yo he hecho hasta versiones internas. Que venía de nalgas, pues cogía y hacía una versión. Primero le ponía un rulo a un lado y un rulo al otro, les ponía una fajita y, efectivamente, cuando llegaba el momento se había cambiado. Yo después la vigilaba porque dicen que inclusive al darle la vuelta se puede romper el cordón. La mujer estaba muy agradecida porque si se ponía de cabeza no tenía que ir al hospital"¹³⁷.

Armonía Baldayo nos relata la forma de atender los partos:

"Medios, los que había en el domicilio. Sacabas el instrumental, lo flameabas si tenían alguna palangana o en un plato de cocina. En la cama ponías periódicos y sábanas viejas entre el

¹³⁶ EAA.

¹³⁷ EAR.

colchón y la cama para que no empapase. En la cabecera de la cama se ponía una escoba o un palo grueso, se enrollaba con una toalla y se cogían de ella. Las piernas, si la mujer se cansaba o necesitabas levantar más el culo, se sentaba el marido en la cama y la parturienta ponía un pie en la espalda del marido y el otro pie en tu cintura o donde pudiese...Y así hacíamos los partos. La medicación era escasa y se limitaba a Buscapina intramuscular o en supositorio para el dolor y en caso de sangrado se utilizaba Methergin o Pan Ergot. Algunas mujeres se ponían hierbas con vapor para dilatar y se ponían en cuclillas.”¹³⁸.

Fina Gisbert asistió partos en el domicilio como matrona de zona, que era el equivalente a la asistencia pública domiciliaria en la ciudad, pero también trabajaba como matrona en los partos privados. Su experiencia en la atención al parto en el domicilio es buena ya que no tuvo ningún problema grave durante sus años de ejercicio:

...”Como matrona de zona también hacía los partos en las casas y cuando algo no iba bien las mandabas al hospital. Si tenían coche en su coche y si no, venía una ambulancia. Pero, afortunadamente, yo no he tenido ese problema nunca. El médico les hacía alguna visita durante el embarazo y a la mujer también le gustaba conocerle antes del parto. Le dabas alguna recomendación, le tomabas la tensión y le aclarabas lo que ella te preguntara”¹³⁹.

También debían asistir a las mujeres sin ningún tipo de recursos dentro de lo que se entendía como Beneficencia. Los primeros años sesenta fueron años difíciles, y la ética personal y profesional de estas mujeres les empujaba a implicarse en una

¹³⁸ EAB.

¹³⁹ EFG.

realidad social a la que no podían ser ajenas. Todas las entrevistadas recordaban situaciones que se habían quedado grabadas en su memoria, debido a la extrema precariedad de las mujeres que atendieron.

La dura realidad de las tierras de Castilla nos las refiere
Andrea Rojas:

“En los primeros años que llegué al pueblo iba a casas que no tenían ni jabón, que había que coger pues eso, trapitos y como Dios nos daba a entender. Recuerdo una mujer muy joven que tenía dos niños chiquitines. El marido sacó del catre a los dos pequeños hasta que el otro nació. Cuando el niño nació, lo pusimos en la cama limpia de lo poquito que tenían y otra vez a la cama, todos juntos, como si fueran conejitos. En muchas ocasiones cuando terminaba de asistirlos, el marido venía conmigo a casa y les daba un trozo de pan y un poco de leche para su mujer. Era muy triste. (...) Los gitanos vivían allí en chozas porque los pobres no tenían otra cosa. Una noche me llamó el marido de *La Parrala*, diciendo que fuera rápido a su casa que su mujer estaba muy jodida. Me fui con él y me pasé con ellos toda la noche porque su mujer estaba de parto. Eran buena gente. Después no pagaban, pero decían: ¡*Qué guapa es usted, es como la Virgen de la Muela!*”¹⁴⁰.

Como ya hemos avanzado en la presentación, nuestra sexta informante vivía en una zona rural que distaba más de 80 Km. de Cuenca y dado que ni en su pueblo ni en las aldeas circundantes había matrona, ella se encargaba de atender los partos cuando solicitaban su ayuda. Cuando el parto comenzaba, alguien cercano a la mujer de parto, el padre, el marido o alguna vecina iba a buscarla. “Me llamaban de la misma aldea o de aldeas

¹⁴⁰ EAR.

circundantes que podían estar a 10 o 20 Km de distancia. Venían a buscarme en una mula, yo me montaba encima y el marido de la parturienta iba tirando de ella a pie". Ella se quedaba hasta el nacimiento del bebé. El único material que utilizaba era agua tibia y unas tijeras que llevaba siempre con ella con las cuales cortaba el cordón umbilical. "Antes las desinfectaba poniendo alcohol y encendiendo una cerilla. Yo tejía una cinta fina de algodón y con ella anudaba el cordón antes de cortarlo". No se utilizaba ningún tipo de medicación, a lo sumo remedios caseros como infusiones de hierbas. No se realizaban episiotomías, ni tampoco se realizaba ningún tipo de sutura si se producía un desgarro. Durante los partos las mujeres solían estar acompañadas por las mujeres de la casa: "la madre, la suegra o alguna vecina. El marido estaba presente en la casa, pero no participaba en el parto. Después del parto, las mujeres solían quedarse cuatro o cinco días en la cama y se les daba caldo de ave para alimentarse y que recuperara las fuerzas. Todas las mujeres daban lactancia materna hasta aproximadamente los dos años y si por algún motivo, no podían, existían las 'amas de cría'"¹⁴¹.

El testimonio de Amalia Amorós, referido a las tierras valencianas tampoco está exento de dureza:

"Una vez vinieron a buscarme para que fuera corriendo a asistir a una mujer. Eran unos gitanos, y cuando llegué como no tenían casa estaban en *la cebollera*. Allí se tumbó la mujer en el suelo encima de una manta y con unas cañas hicieron fuego para hervir como pudieron el agua de la acequia. Hice lo que pude porque era de caridad, no había ningún tipo de asepsia, no tenían de nada. La verdad es que todo salió bien, pero me daba mucha pena ver tanta miseria"¹⁴².

¹⁴¹ ECP.

¹⁴² EAA.

Otra de nuestras matronas de Valencia también nos refiere su experiencia:

“También he asistido a muchas mujeres gitanas. Por eso, ahora que vivo en Nazaret y hay muchos gitanos me quieren mucho y me siento muy protegida. Pero no eran gitanos pobres y de chabolas. Eran gitanos que seguramente tenían más dinero que yo”¹⁴³.

Una de las matronas de Castellón nos informó sobre la limitación de las condiciones en las que trabajaba:

“Llevaba el material justo, pinzas, agujas, tijeras y catgut. No teníamos ni porta agujas y cosíamos con la pinza. Cortábamos en vivo. Las visitas puerperales se mantenían hasta que se caía el ombligo, que primero se curaba con alcohol y poniendo una gasita. Luego salió el Curumbil y tuvimos más suerte porque a los dos o tres días se caía.”¹⁴⁴

Concha Pereda antes de tener que asistir el parto se había entrevistado con la mujer y le pedía que cuando empezaran las contracciones prepararan toallas, sábanas limpias “y un caldero con agua caliente. Pero muchas veces tuve que trabajar sin ningún medio, sin agua, sin luz ni ropa limpia”.

Para asistir a las mujeres que formaban parte de familias con más recursos económicos, o las que teniendo lo suficiente para vivir se esforzaban en ahorrar para su parto, estaba la asistencia privada.

¹⁴³ EFG.

¹⁴⁴ EAB.

“Vino una mujer que hacía cuatro meses que se había quedado viuda y me preguntó que cuánto cobraba por el parto. Yo le dije que 500 pesetas y la mujer me dijo que no tenía dinero, pero que se lo iba a recoger porque quería que yo le asistiera. Recuerdo que era septiembre, en la casa no había ni jabón ni ropa para el niño, y cuando terminamos me dio las 500 pesetas. Pero yo me di cuenta de lo pobres que eran y le puse el dinero debajo de la almohada porque sabía que a ellos les hacía más falta que a mí. Cuando llegó la Navidad vino uno de sus hijos pequeños a traerme un pollo y dos kilos de morcillas. Yo no quería cogerlo porque ellos eran muy pobres, pero el niño dijo que si volvía con el pollo su madre no le dejaría entrar, y tuve que quedármelo”¹⁴⁵.

En la asistencia pública contaban con el apoyo de los médicos tocólogos que visitaban a las mujeres durante el embarazo cuando éstas lo solicitaban porque aparecía algún problema, y acudían en el momento del parto cuando la matrona requería su presencia ante complicaciones del mismo que hicieran necesaria la extracción del feto con fórceps, cuando se presentaba una hemorragia tras el parto o cuando tenían que decidir sobre el traslado de la mujer a un centro hospitalario: “Cuando detectaba alguna mala posición o el parto no evolucionaba adecuadamente y también cuando había desgarros muy profundos”¹⁴⁶. No obstante, las matronas que hacían los partos en el domicilio de la parturienta, tuvieron que vivir momentos de mucha tensión porque dependían de que el médico acudiera en situaciones de extrema urgencia, cuando ellas habían hecho todo lo que podían, y la situación era muy grave. Veamos tres testimonios de nuestras informantes. En primer lugar Amalia Amorós:

¹⁴⁵ EAA.

¹⁴⁶ ECP.

"Cuando tenía algún problema como una distocia, un expulsivo que tardaba más de dos horas o una bradicardia en los latidos fetales, avisaba al médico tocólogo. Recuerdo a D. Juan Alonso que era muy bueno con los fórceps y a D. Juan Garcés que me hizo pasar más de un mal momento porque no era tan bueno. A veces los colocaba pero no sabía la posición y el recién nacido salía con una marca en la cara"¹⁴⁷.

Andrea Rojas también guarda en la memoria momentos difíciles:

"Recuerdo que tuve dos prolapsos de cordón. Cogí y me subí a la cama, me puse de rodillas, le metí el puño y así conseguí volver a meterlo. También he tenido hemorragias postparto y entonces daba masaje en el útero hasta que me dolían las manos y mientras, hacía que llamaran al médico. Yo ponía Methergin directamente en el útero a través del abdomen, aunque creo que antes gastábamos Gynergeno. Después ponía hielo y, por último, un saquito de arena. A veces he tenido mujeres "con alas", es decir, que se me iban. He tenido momentos malos y he pasado muchos sustos. Luego cuando venía el médico casi todo estaba solucionado"¹⁴⁸.

El testimonio de Vicenta Montagut:

"Yo me acuerdo de un parto muy difícil que tuve de una mujer diabética, bueno eso se ha sabido ahora cuando la mujer es mayor, y tuvo un feto muy grande. Salíó la cabeza y hubo un encajamiento de hombros...yo no podía sacarlo. Cuando al final pude sacarlo se había asfixiado, nació muerto. (...) Otro parto que no olvidaré fue el de una mujer que tuvimos que trasladar, porque la placenta no salía y yo veía que la mujer se iba a

¹⁴⁷ EAA.

¹⁴⁸ EAR.

desangrar. Llamé al médico, pero en Cullera no encontré a ninguno. Llamamos un taxi para llevarla a Sueca y tuvimos que bajar a la mujer como pudimos, lloviendo a cántaros, cayendo 'chuzos de punta'. Allí, en Sueca había una clínica mejor, con más medios. Además el médico que había allí sabía poner los fórceps muy bien"¹⁴⁹.

Nuestra octava informante, Armonía Baldayo:

"He encontrado de todo: gemelares en casa, nalgas, prolapsos de cordón. Entonces tenías que llamar y te las veías moradas. Se hacían fórceps en las casas porque aún no existía la ventosa. Si había que trasladar a la mujer se hacía como se podía, el marido solía llamar a un taxi e íbamos con ella hasta la clínica. Recuerdo que una vez tuve una hemorragia muy fuerte y cuando llegué la mujer estaba con las piernas atadas con cintas rojas porque la familia decía que así se cortaba la hemorragia. Cosas así muy seguido"¹⁵⁰.

La matrona de Valladolid al pensar en los momentos duros que había vivido durante su trayectoria profesional recordó que "En dos ocasiones se me murieron dos mujeres después del parto. Fue porque además de tener fuertes hemorragias se unieron las malas condiciones higiénicas en las que a veces se producía el parto"¹⁵¹.

En la asistencia privada, generalmente, las dilataciones eran conducidas por las comadronas, pero el parto era asistido por el tocólogo. Durante los años sesenta del pasado siglo, en Valencia capital, comienzan a notarse los resultados del llamado desarrollismo. Quedan lejos los oscuros años de la posguerra, del estraperlo y del racionamiento. Es la década conocida como del

¹⁴⁹ EVM.

¹⁵⁰ EAB.

¹⁵¹ ECP.

Baby Boom, que repercute en un elevado número de partos en la asistencia privada, ya que cada vez hay más familias que pueden plantearse como un signo de mejora en la escala social ir a un médico particular para que les asista el parto. Como hemos dicho anteriormente alguna de nuestras matronas trabajó durante estos años como matrona de los tocólogos con más prestigio de la ciudad.

“Trabajé con D. Francisco Bonilla, D. Ignacio Martí, D. Manuel Galbis, D. Luis Alfaro, D. Daniel Fernández y algunos más. Teníamos mucho trabajo, había meses que yo tenía cincuenta partos. Yo creo que durante diez años hice una media de treinta partos al mes. A finales de los cincuenta cobrábamos 300 pesetas, pronto pasamos a 500 y a finales de los sesenta ya eran 5.000 pesetas lo que se cobraba por parto. Se ganaba mucho dinero pero era un sin vivir. Yo no tuve vacaciones, ni cine, ni ir a cenar fuera de casa. Muchas veces estaba dos días sin venir a casa y cuando llegaba y me duchaba y me metía en la cama muerta de sueño, hubo veces que me llamaban otra vez y me tenía que ir.¹⁵²”

Fina Gisbert nos relata su larga experiencia en la asistencia privada, donde empezó a trabajar con D. Mauro Vicent que en aquellos años era un ginecólogo de prestigio y atendía a buena parte de la burguesía valenciana y a personas con prestigio social, cargos políticos y gente adinerada. A principios de los sesenta tenían unos siete u ocho partos privados y unos quince de seguros privados. Eran unas diez matronas las que hacían todos los partos privados en Valencia:

“En los partos privados el médico venía a casa a asistir el parto. Lo mismo que cuando iban a San Rafael, la Alameda o

¹⁵² ECM.

cualquiera de las clínicas que había. Siempre nos llamaban a nosotras primero, la misma mujer o el marido si ella estaba nerviosa. Y el marido tenía la deferencia de venir en coche o en taxi a recogernos. Yo tenía teléfono y aunque en los primeros años estaba el sereno, llamaban por teléfono, el sereno los acompañaba a mi casa y no se movía de allí hasta que yo bajaba. Reconocía a la mujer y si estaba de parto me quedaba pero si era una falsa alarma me llevaba otra vez a casa. Por ejemplo, si era una primípara y estaba permeable a un dedo, yo les decía que quedaba mucho y que cuando las contracciones fueran más seguidas me volvieran a llamar. Cuando volvía y hacía un segundo reconocimiento ya sabía con exactitud cómo iba a evolucionar el parto. De esa precisión puedo vanagloriarme porque no me he equivocado nunca”¹⁵³.

Ana Martínez ejerció su profesión de manera privada durante tres años. Lo hizo para conseguir un dinero extra para cumplir su ilusión de comprarse una casa en el campo. Fueron años de trabajo intenso porque compaginaba el trabajo privado con el del Hospital Provincial. Los hospitales en los que asistía partos eran la Clínica de la Salud, la Clínica La Cigüeña, la Clínica de la Alameda, y las clínicas de El Consuelo y San Rafael. Durante esos tres años trabajo en los partos con el Dr. Galbis, el Dr. Zaragoza, la Dra. Carbonell, el Dr. Gimeno, el Dr. Díaz, la Dra. Greus y el Dr. Alfaro. La relación con todos ellos fue muy buena, trabajaban todos en el mismo equipo y respetaban las opiniones de cada uno de los componentes, fuera médica, médico o matrona.

También en los pueblos costeros, donde buena parte de sus habitantes tenían un trozo de tierra más o menos extenso para cultivar y otros se dedicaban a la pesca vieron que su situación

¹⁵³ EFG.

económica mejoraba. Son los años donde el crecimiento económico se fundamenta en la exportación de la naranja, en la emigración a otros países europeos con un aparato industrial más desarrollado, y en la llegada del turismo. Para este grupo de agricultores en ascenso, el hecho de que un médico y una comadrona particular atendieran a su mujer durante el embarazo y el parto, los hacía distinguirse de los que no tenían más posibilidades que recurrir a la asistencia proporcionada por el Seguro de Enfermedad.

“Las mujeres iban a Valencia a que un médico de renombre las visitara durante el embarazo. Iban al Dr. Longedo o al Dr. Zaragoza. Después, si todo había ido bien y no se habían presentado problemas durante el embarazo, muchas de ellas querían parir en su pueblo y que las atendiera D. Herminio Córdoba que hacía de médico general, de traumatólogo y asistía partos. Tenía mucho prestigio y hacía los partos privados. Porque en Cullera estaba el hospital para los pobres donde venían gitanas que no tenían seguro ni nada, pero había un pequeño hospital con dos o tres camas para los partos privados. Después construyeron otro hospital privado que estaba muy bien y tenía más medios. Lo montaron dos médicos, uno de ellos era el Dr. Longedo y me llamaron para trabajar con ellos en los partos privados”¹⁵⁴.

Todas las matronas llevaban su equipo que constaba de tijeras, pinzas, porta agujas, guantes, algún hilo por si había que suturar y jeringas y agujas. Si necesitaban medicación, el tocólogo hacía una receta y se compraba. También en la farmacia se entregaba a las parturientas la denominada *Caja Tocológica*, que

¹⁵⁴ EVM.

tenía mercurocromo, el *cordonete* que era seda inmersa en una solución alcohólica para atar el cordón umbilical, y guantes:

“En mi maletín llevaba de todo lo que podía necesitar. También llevaba la ‘trompeta’ de madera para escuchar al feto que aún conservo. Había también algo que daban en la farmacia pero llevaba poca cosa como algodón, alcohol, gasas y poco más. El médico de cabecera hacía una receta en el octavo mes y si no habían ido a sacarlo antes de la farmacia, el marido pasaba a recogerlo cuando la mujer se ponía de parto. El gotero solo lo ponía en alguna ocasión para ayudar, para acortar el expulsivo porque la mujer estaba cansada y además ya estaba con dilatación completa”¹⁵⁵.

Concha Cabedo nos informó sobre la medicación que utilizaba y refirió haber administrado Pitocin subcutáneo (Rábago, Alvarez y Castelazo, 2009) para acelerar el período expulsivo.

En los domicilios, las mujeres estaban acompañadas, además de por su marido, por su madre, su suegra y alguna vecina. Pero, en general, los maridos no presenciaban los partos sino que eran las mujeres de la familia las que estaban haciendo compañía y ayudando en lo posible. En este sentido, Ana Martínez nos relató otra forma de trabajar que ya en aquellos años (1967-1970) se esforzaba por dar contenido a la presencia del padre: “Ayudaba a sujetar la luz, nos proporcionaba un perchero si había que colgar un gotero, nos acercaba una palangana”.

Mientras las contracciones eran soportables caminaban por la casa, seguían haciendo su trabajo en el campo o seguían con su trabajo doméstico, e ingerían algo de comida si les apetecía. No obstante, todas las matronas entrevistadas dijeron que era mejor que no comieran porque podían vomitar y entonces se

¹⁵⁵ EFG.

encontraban peor. A pesar de que en la actualidad tenemos evidencia de que una ingesta ligera -de alimentos o de líquidos-, puede aportar glucosa al feto y proporciona bienestar a la mujer, nuestras matronas habían recibido su formación desde el discurso médico, que prefería [y todavía prefiere] a las mujeres pacientes, dóciles y sometidas a la opinión médica. Nuestras matronas habían aceptado el discurso hegemónico sin cuestionarlo y preferían que no comieran para evitar la complicación en el caso de que se produjera el vómito. Era el discurso científico y ellas ni siquiera se planteaban que pudiera tener alguna fisura. Cuando el momento del parto se acercaba, la parturienta se acostaba en la cama y, como los colchones eran de lana, se ponía bajo de éste algún utensilio que tuviera una superficie dura para poder asistirlos. "Se ponía bajo del colchón una madera de cocer pan que había en todas las casas."¹⁵⁶

"Como norma general, cuando tenían colchones eran de lana y poníamos una tabla, unas losas que se tenían en las casas porque eran losas de lavar. Se quitaba la cabecera que estaba en la parte de fuera y se ponía la tabla y así el pompis no se hundía y era más fácil poder trabajar. Y, por ejemplo, para dar puntos, pues yo lo que hacía era poner una palangana vuelta del revés, con el fin de que el pompis se alzara para arriba y entonces así suturaba"¹⁵⁷.

Cada matrona se las ingeniaba de la mejor manera posible para facilitar la asistencia al nacimiento al tiempo que favoreciera la comodidad de la mujer.

¹⁵⁶ EVM.

¹⁵⁷ EAR.

"Yo les decía que aunque les pareciera raro tenían que guardarme algunos periódicos, tener alguna sábana e impermeables. Yo ponía un hule y una sábana haciendo de travesero, luego hacía un almohadón con sábanas y periódicos y todo eso ajustado con los impermeables para que no se desmontara. Para parir, la señora acostada y cómoda y yo en un lado sentada en la cama. Le ponía *la cuña* para que estuviera la pelvis levantada en vez de que estuviera al borde de la cama o con el respaldo de las sillas que para la mujer era mucho más incómodo. Cuando acababa retiraba la *cuña*¹⁵⁸, el almohadón de periódicos y se quedaba tan cómoda en su cama con el travesero limpio. Para mantener la higiene, dentro de los medios que había lo hacíamos todo muy bien para que no hubiera ninguna infección. Tenías agua caliente y se las lavaba con una cafetera que había en las casas y siempre nos poníamos guantes. Yo a las mujeres las rasuraba, pero tengo que decir que en la Facultad me habían enseñado a rasurar con navaja de barbero y así lo hacía. Nunca le he hecho un corte a ninguna mujer, te lo puedo asegurar. Yo era partidaria de hacerlo a todas las mujeres porque si tienes que coser una herida y mantener la higiene, si no hay pelo es mucho mejor"¹⁵⁹.

Otra de las funciones importantes que realizaban las matronas, tanto en la asistencia pública en el domicilio como en la asistencia privada en los hospitales, eran las visitas durante el puerperio. El objetivo era vigilar que todo se mantuviera dentro de la normalidad. Se lavaban los genitales de la puérpera y si se había tenido que dar algún punto se curaba la herida, lavándola primero con agua hervida y poniendo mercurocromo. Se lavaba al recién nacido y se curaba el cordón umbilical con unos polvos con antibiótico llamados Curumbil, que a finales de los setenta fueron

¹⁵⁸ En el ámbito sanitario llamamos cuña a una especie de orinal de plástico rígido que utilizan las personas encamadas para la eliminación.

¹⁵⁹ EFG.

prohibidos porque podían producir Tétanos neonatal. Andrea Rojas nos aporta información técnica de interés para las matronas actuales:

“Cuando había desgarros, solo se suturaban cuando eran muy extensos y entonces yo trabajaba más, porque tenía que hacer dos visitas: una por la mañana y otra por la tarde para curarlas. Entonces la sutura no se hacía por planos sino que se suturaba en masa y cicatrizaban muy bien. Las curaba con Halibut y con una pasta que me había dicho un médico de Madrid”¹⁶⁰.

Amalia Amorós nos informa sobre la pervivencia de los mitos ancestrales referidos al puerperio:

“Los puerperios duraban unos ocho días. A veces las mujeres eran reacias a que las lavara porque decían que se les iría la menstruación. Llegaba a la casa y me decían que ya se habían lavado ellas. Luego las destapaba y veía que no se habían lavado”¹⁶¹.

En el caso de Concha Masiá, la matrona aportaba además un servicio que iba más allá de la labor puramente técnica y profesional:

“En los partos privados hacíamos primero la visita durante los tres días que por lo general estaban ingresadas. Allí, además de bañar al bebé y curar el cordón, tenías que hacer la cuna, y a la madre, le lavabas la herida y le hacías la cama. Después las visitaba en su domicilio hasta que se caía el cordón y, a veces, eran quince días”¹⁶².

¹⁶⁰ EAR.

¹⁶¹ EAA.

¹⁶² ECM.

En el caso de nuestra matrona de Cullera el cuidado de la parturienta se hacía también con el objetivo de mejorar su prestigio y ella iba hasta que la mujer se lo decía.

“Iba más de ocho días, lavaba al niño y curaba el cordón hasta que se caía, les daba toda la información sobre la lactancia, les curaba los puntos. Si eran niñas, les ponía los pendientes. Pero, sobre todo, quería que se quedaran contentas conmigo, ya que allí le tenían más fe a otra matrona que era de fuera. En Cullera había amas de cría porque las mujeres ricas no querían dar de mamar. Se llamaban madres de cría”¹⁶³.

Los testimonios coinciden en que el número de visitas dependía del tiempo que tardaba en caer el cordón umbilical al recién nacido: “Después del parto se visitaba a las mujeres en sus casas hasta que al bebé se le caía el cordón. Además lavábamos el periné a la madre y le curábamos con algún antiséptico si le habíamos tenido que realizar alguna sutura”¹⁶⁴; “Se realizaban visitas a domicilio hasta que el cordón del recién nacido se desprendía y hasta entonces lo íbamos curando con polvos secantes. Esto coincidía con la caída de los puntos de catgut si le habíamos tenido que coser algún desgarró”¹⁶⁵.

En un país tan vinculado a la religión católica, otra de las funciones que tenían que realizar en caso de necesidad era la administración del bautismo.

“De entrada yo procuraba hacer la respiración boca a boca y también llevaba un tubo para aspirar, después les ponía

¹⁶³ EVM.

¹⁶⁴ EFG.

¹⁶⁵ EAM.

agua fría y caliente, que ahora dicen que es muy malo, pero yo he salvado muchas vidas. Entonces yo le entregaba el niño a otra persona y cogía el agua, le hacía la cruz y decía: fulano de tal, yo te bautizo en el nombre del padre, del hijo y del espíritu santo. Si daba la casualidad de que el niño no se moría, pues entonces se hacía el bautizo por si tú no lo habías hecho bien y le decías al cura: yo le he echado el agua, pero se la he echado *bajo condición*¹⁶⁶.

La construcción de las grandes maternidades en las ciudades sanitarias de la Seguridad Social significó un cambio importante en la asistencia al parto que tuvo repercusiones para las mujeres y para las matronas. Las mujeres, tanto de las zonas rurales como de las urbanas, vivieron sentimientos ambivalentes porque si bien el hecho de que las atendieran en hospitales con todo tipo de recursos y con una elevada tecnología les proporcionaba seguridad, dejar su domicilio y su familia, y ponerse en manos de matronas y médicos que no conocían, les hizo perder ese entorno de privacidad y de cercanía que siempre habían tenido. Se convirtieron en pacientes y en personas dependientes de lo que cada miembro de los distintos escalones de la jerarquía hospitalaria le recomendara. Perdieron toda autonomía sobre su cuerpo y sobre los mensajes que el cerebro primitivo (Fernández del Castillo, 1994, p. 34) envía a las hembras mamíferas de parto.

Las matronas, que habían vivido tantos momentos de ansiedad y de sufrimiento en la soledad del domicilio de la parturienta y que habían aguantado años y años sin un día de descanso, vieron la posibilidad de trabajar en los paritorios de los grandes hospitales como una liberación. Sabían que iban a realizar su jornada laboral y al terminar podrían irse a su casa sin que

¹⁶⁶ EAR.

nadie las llamase. Por fin, iban a poder disfrutar del ansiado mes de vacaciones. Iban a tener un salario que no dependía de los partos que hicieran al mes y, lo que les parecía más importante, cuando tuvieran un problema podían consultarlo con otra compañera, podían avisar al tocólogo que estaba a escasos metros y había un anestesista y un quirófano disponible en el momento que se necesitara.

“Al principio me di cuenta de que las cosas se estaban poniendo mal porque me estaba quedando sin trabajo, las mujeres se me iban y entonces casi no tenía trabajo en el pueblo. Después cuando me fui al hospital de Toledo, era como una fiesta porque hacía mi guardia de veinticuatro horas y luego tenía mis descansos reglamentarios. Todo el tiempo que había estado en el pueblo eran veinticuatro horas sobre veinticuatro, no había verano, ni vacaciones, ni semana santa, hasta en el día de la boda de mi hija tuve un parto y me tuve que marchar”¹⁶⁷.

Priska Guerrero trabajó en el Hospital de Alicante durante los años setenta y tres y setenta y cuatro del pasado siglo. Después abrieron el Hospital de Elche y permaneció allí hasta 1990. A partir de entonces se trasladó a un Centro de Salud hasta el 2008 en que se jubiló. Antes de despedirnos nos dijo con tristeza: “Siento que mi vida está vacía, sé que aún no era la hora de mi jubilación”.

Cuando empezó a funcionar el Hospital Maternal La Fe a primeros de los setenta ya estaban en funcionamiento el Hospital Clínico y la Residencia General Sanjurjo. También estaba la maternidad del Hospital Provincial, -que hasta finales de los años ochenta perteneció a la Diputación-, pero con unas características

¹⁶⁷ EAR.

diferentes porque asistía a muchas mujeres de beneficencia, es decir, sin seguridad social, sin recursos y con un nivel socioeconómico muy bajo.

“Allí reconocíamos a la mujer cada hora y para mantener la higiene les hacíamos lavados genitales con agua tibia. Utilizábamos guantes de caucho a los que había que poner parches cuando se rompían y eran guantes que se lavaban pero no se esterilizaban. El hospital estaba controlado por las monjas que para cada guardia nos daban cuatro jeringas y ocho agujas, que había que estar hirviendo constantemente. Eran muy pocos los maridos que pedían entrar al parto, pero yo les animaba en mis turnos”¹⁶⁸.

Ana Martínez trabajó en el domicilio hasta 1970 con el Dr. Enguix que fue pionero en mantener la asistencia al parto en casa cuando la tendencia del momento era la asistencia en el hospital y a finales de los setenta formó el Grupo Acuario de asistencia natural al parto, del cual hablaremos más adelante.

Las mujeres dejaron de dar a luz en sus casas y el parto se producía en los hospitales. Las profesionales que trabajaban como matronas de zona pasaron a incorporarse al centro de especialidades como matronas de equipo tocológico y, a pesar de que el parto se había producido en el hospital, estuvieron unos años visitando a las puérperas en su domicilio: “Eso duró poco porque en muchas ocasiones cuando íbamos a su casa no estaban. No tenía sentido”¹⁶⁹.

Durante los años sesenta del siglo pasado la mayoría de mujeres daba lactancia materna a sus recién nacidos y generalmente, no planteaban dudas sobre cómo tenían que

¹⁶⁸ EAM.

¹⁶⁹ EFG.

hacerlo. Cuando había algún problema con la alimentación “les daban a sus bebés ‘Pelargón’ que era la leche artificial que había en España en aquella época”¹⁷⁰. En los años setenta, la incorporación paulatina de muchas mujeres al ámbito laboral tuvo sus consecuencias en la forma de alimentar a los recién nacidos. Ello fue abonado por el esfuerzo constante de muchas casas comerciales en la producción de leches de fórmula que se publicitaron como un gran avance, que iba a permitir a las mujeres desprenderse del yugo de tener que dar de mamar a sus hijas e hijos. Todo esto se avaló, por supuesto, con la recomendación de la mayoría de los pediatras que no dudaron en seguir los criterios de los laboratorios farmacéuticos. Las matronas siempre se han manifestado en defensa de la lactancia materna y han sido reacias al abandono de la misma:

“La mayoría de las mujeres daban pecho, era por tradición. Era algo así como *Tú has nacido mujer para ser madre, cuidar a tus hijos y alimentarlos*. Además, en los años de los que te hablo, los sesenta, no había clase media. O se tenía mucho o no se tenía casi nada. Y la mejor opción, casi la única, era dar de mamar. A finales de los sesenta, en los setenta y después las mujeres empezaron a trabajar, el nivel de vida empezó a subir y las mujeres pensaron que esa parte de la lactancia ya la podían eliminar. Afortunadamente ahora ha vuelto la tendencia a dar de mamar. Y eso es bueno. Al principio es molesto, la mama tiene la subida, tienen que abrirse los conductos y cuando el bebé chupa los pezones hace algo de daño. Pero es como una esponja. Cuando la esponja está ya húmeda todo va de maravilla y se disfruta mucho con ello. Es una satisfacción inigualable para las madres. Solo son 48 horas molesta y luego todo va de maravilla. Antes, como era lo que había que hacer no había problemas con la lactancia. Ahora está la presión de

¹⁷⁰ ECP.

las madres, las amigas, la suegra, y todo empieza a complicarse”¹⁷¹.

3.9. Prestigio y autoridad

Hemos encontrado diferencias en cuanto al reconocimiento que las matronas tenían por parte de las mujeres y sus familias. Todas refirieron que se sintieron apreciadas y queridas por las gestantes que atendieron, que establecieron con ellas una relación de empatía y que les proporcionaron consuelo en los duros momentos del parto. También afirman que su autoridad profesional no era cuestionada por los médicos con los que trabajaron. Más bien al contrario, si ellas hacían un juicio clínico de la evolución del parto los ginecólogos lo respetaban. En cuanto a la asistencia en el domicilio, las variables que influyeron venían determinadas por las características de la población, ya que en las áreas rurales del interior dependían exclusivamente de la matrona y había unos hábitos o rituales que debían cumplirse.

“Se veía bien que yo tuviera mi profesión, porque la profesión de matrona ha sido completamente aparte, como si dijéramos el practicante o el médico. La prueba la tienes ahora. Tantísimo tiempo después y me llamaron para hacer el pregón de las fiestas. Incluso me dijeron que iban a ponerle mi nombre a una calle. A mí me lo ha dicho el alcalde. Cuando fui al pueblo para las fiestas no podíamos ni andar, enseguida me hacían corro y venían todos, hasta los gitanos. (...) Porque si no ibas al bautizo, luego no te querían pagar porque decían que era un desprecio.

¹⁷¹ EFG.

Cuando hacía el parto me decían: ¿cuánto es? Y luego me decían: pues venga al bautizo, si quiere cobrar¹⁷².

Una de nuestras matronas informantes era la matrona titular de Xirivella, y refiere que las mujeres la conocían y la paraban por la calle cuando iba a comprar.

“Cuando atendías a una mujer en su domicilio se establecía una buena relación de ayuda entre la parturienta y yo, me pedían muchas veces que me quedara con ellas: quédese y le haremos una tortilla y le preparamos la cama. Así se quedaban más tranquilos todos. Se sentían confiadas conmigo y me hacían caso en las recomendaciones que les daba¹⁷³.”

Un testimonio más amplio sobre la cercanía establecida entre las mujeres de parto y su matrona nos lo ofreció Fina Gisbert, que no solo prestaba apoyo profesional al parto sino que se esforzaba en conseguir una relación de empatía que se traducía en un gran apoyo emocional:

“He de decir que tengo una profesión de la que he disfrutado mucho. Ha sido muy gratificante. Conectaba bien con las mujeres porque a mí me gusta la gente, quiero a las personas y ha sido fácil. En esos momentos, si te ganas la confianza de la mujer eres su madre, su hermana, su amiga, eres todo y la mujer está a gusto contigo. Yo les hablaba de lo bueno que tiene ese momento y lo que podían disfrutar de él. Es cierto que todas las mujeres tienen miedo al parto. Pero yo les decía que no era tan negro como se lo pintaban y que podían disfrutar mucho más de un momento tan importante en sus vidas si colaboraban. Me siento bien y he disfrutado tanto porque creo que llegaba a la mente de las mujeres y yo sé que el dolor tiene

¹⁷² EAR.

¹⁷³ EAA.

un componente mental que es más importante que el físico. Yo pienso que antes de juzgar a una persona hay que ponerse en su sitio y así se es más benévola. Tanto si el parto es fácil como difícil si te pones en su sitio ves las cosas con más claridad. Esa confianza que me ganaba con las mujeres la he comprobado al pasar los años. Imagina que voy por la calle y me dicen *¿Usted es doña Fina? Y cuando digo pues sí...Pues mire, este chico lo trajo usted al mundo y ya tiene treinta años. Yo me reí y le dije: ¿Pero tan vieja eres?, como diciendo lo vieja que soy yo.* Eso es la mayor satisfacción que puedes sentir porque si después de treinta años se acuerda de ti y te para por la calle es porque guarda muy buen recuerdo de como la atendí en su parto¹⁷⁴.

Vicenta Bellido nos habla de la profesión de matrona que, según la informante, "...durante aquellos años era bastante respetada. Las mujeres la consideraban mucho más cercana que al ginecólogo y casi todo se lo contaban a ella". También dice que "...desde siempre la matrona ha tenido bastante independencia en su trabajo".

Según el testimonio de la matrona de Cullera, las mujeres no tenían confianza con ella. Había dos matronas más, una muy mayor que no hacía partos y otra más joven que era de otra ciudad y por eso era más valorada. Ella nos dijo que en su caso se había cumplido el refrán de "nadie es profeta en su tierra". Le costó mucho que la gente confiara con ella y el reconocimiento lo encontró a partir de obtener la plaza en el gran hospital de la ciudad.

"En el pueblo no se fiaban de mí. Si cuando iba a ver a la mujer aún estaba atrasada y les decía a los familiares que volvería en dos o tres horas, no se quedaban tranquilos. Aún no había llegado a la esquina y me volvían a llamar y me pedían que me

¹⁷⁴ EFG.

quedara. Cuando volvía la casa estaba llena de gente y todos daban su opinión. Me costaba mucho que confiaran en mí”¹⁷⁵.

Armonía Baldayo recuerda que la figura de la matrona era muy importante y reconocida:

“Nos llamaban doña, pero con el hospital se ha perdido todo. En las casas te veían como trabajabas, estaba toda la familia y cada mujer te contaba su parto, hablabas y la familia respetaba tu criterio. Antes la matrona era la madrina de los recién nacidos y éramos muy valoradas”.

Nuestra matrona de Valladolid admiraba el ‘buen hacer’ de los médicos con los que trabajaba y ella también se sentía muy respetada por ellos: “Tenía un sentimiento total de autonomía y al mismo tiempo tenía respeto por los profesionales porque hacían bien su trabajo cuando los necesitaba”.

En el caso de Ana Martínez, como se daba la circunstancia de que trabajaba con el mismo grupo de obstetras en el Hospital Provincial y en la asistencia privada, existía una gran relación de complicidad: “Mi opinión de los médicos es buena y siempre me he sentido autónoma en el desempeño de mi tarea”.

En la asistencia privada el prestigio venía de la mano del médico con el que trabajaban, ya que ante la sociedad la autoridad científica la tenía él. Incluso ellas estaban muy agradecidas por lo que ellos les habían enseñado. Una de ellas habla con reverencia del Dr. Francisco Donat, del Dr. José Aviñó y del Dr. Joaquín Nebot: “Ellos me han enseñado mucho. A ellos se lo debo todo”¹⁷⁶.

¹⁷⁵ EVM.

¹⁷⁶ EAA.

“Yo trabajaba con los mejores tocólogos. De los años cincuenta los que más prestigio tenían eran el Dr. Bonilla y el Dr. Martí. En los sesenta el Dr. Galbis y el Dr. Alfaro. Todos eran directores de las maternidades de los grandes hospitales de Valencia. Recuerdo una vez que no oía un feto y llamé al Dr. Bonilla. Me dijo: Prepárala para una cesárea. Yo me quedé intranquila porque quería que él me confirmara que estaba muerto, pero me dijo: si tú no lo has escuchado no hay nada que comprobar. La verdad es que se fiaban todos de lo que yo decía. (...) Cuando les había asistido el primer parto, las mujeres querían que yo estuviera también en el segundo. Me pasó con una locutora de radio. Yo no preguntaba nada de su vida pero las mujeres se abrían conmigo, lloraban y yo las abrazaba y las consolaba. Recuerdo una mujer que era de Canadá y vivía en los chalets de los periodistas. Después del parto nos hicimos amigas y me invitaba a su casa a tomar café. Alguna vez voy por la calle y me para un señor que es el director de un banco y me dice: es que usted asistió a mi mujer y nos quedamos muy contentos”¹⁷⁷.

El reconocimiento por parte de los médicos con los que trabajaron estas matronas es un aspecto que no tiene discusión y se repite en todas las matronas entrevistadas. Ellas recuerdan momentos concretos en que se hacía explícito:

“Por parte de los médicos con los que he trabajado siempre he tenido respeto y cariño. Ellos decían: *Si Fina lo ha dicho es así. O No nos preguntes nada y haz lo que tengas que hacer, que tú sabes muy bien lo que necesita la mujer*. Y ese respeto, esa autoridad que yo tenía como matrona me los he ganado con mi trabajo. Yo no podría trabajar de otra manera. Y si alguien no hubiera respetado mi trabajo yo no habría trabajado con él. Nunca han puesto en duda mi opinión como matrona. Eso

¹⁷⁷ ECM.

requiere que nos conozcamos y sepamos cómo es nuestra forma de trabajar¹⁷⁸.

Por otra parte, las matronas son profesionales que tienen conciencia de sus conocimientos y de sus competencias y cuando se ha presentado el momento así lo han hecho saber:

"Las matronas somos las que hemos formado a los residentes médicos antes de que fueran ginecólogos. Yo les digo que para saber hacer partos hay que estar todo el rato con la mujer, hay que tener una referencia para comprobar la dilatación, primero con términos muy simples como dedos, y después incorporar un lenguaje más técnico como centímetros. Tengo una relación muy buena con ellos y siempre me he llevado bien porque cada uno sabemos cuál es nuestro trabajo. Yo siempre les he dicho *Tú eres el médico, pero yo soy la matrona*¹⁷⁹.

También fueron los médicos los que avalaron la entrada de alguna de las matronas entrevistadas en los grandes hospitales. El médico director de la maternidad de Toledo conocía las dificultades del trabajo de las matronas en las zonas rurales, como atestigua Andrea Rojas:

"Mira, cuando yo llegué al hospital pues resulta que había una matrona que por cierto se ha jubilado ahora y yo ya estoy más de veinte años jubilada, se llama Milagros y era muy chula y decía: Esa matrona que va a venir es de pueblo. Entonces el jefe del servicio le dijo: Va a venir una matrona de pueblo, pero sabe más que todos nosotros. Os dará *sopas con honda*¹⁸⁰.

¹⁷⁸ EFG.

¹⁷⁹ EFG.

¹⁸⁰ EAR.

En el caso de Concha Masiá, sus excelentes relaciones con médicos que ostentaban responsabilidades importantes en el organigrama sanitario valenciano, le llevaron a ser muy rigurosa en su tránsito hacia la atención hospitalaria pública:

“Don Manuel me decía: ¿Por qué no te vienes a trabajar a La Fe?, Yo no le contestaba nada porque lo tenía que pensar. Me informé, pregunté y un día trabajando ya en la segunda planta del Maternal de La Fe, antes de bajar al paritorio me vio y me dijo: ¿Cómo es que no me has dicho nada? Pero la verdad es que yo quería entrar por mí misma y no por ser la matrona del director del maternal”¹⁸¹.

Vicenta Montagut vivió el tránsito a La Fe con auténtico entusiasmo, como ella misma refiere:

“A mí el médico de Cullera no me daba demasiada confianza y en uno de los partos que asistí con el Dr. Longedo, me insistió mucho en que si quería podía conseguir plaza de matrona en La Fe. Yo le contesté entusiasmada, porque yo pensaba como todas las personas de Cullera que era el hospital que más medios tenía. Así que me informé y lo conseguí. A partir de entonces, muchas veces cuando llegaba a trabajar me decían: hay una sobrina tuya en la planta tal. Y es que querían que yo les asistiera el parto. Entonces fue cuando en mi pueblo me valoraron más”¹⁸².

Concha Pereda, al recordar los partos en el domicilio de la parturienta, afirma que “fui muy valiente atendiendo los partos en casa con los escasos medios con los que contaba” y que el cambio al hospital fue un gran avance “Siempre había sábanas limpias,

¹⁸¹ ECM.

¹⁸² EVM.

material esterilizado y la higiene era mucho mayor. Tenías un registro cardiotocográfico continuo, la mujer en la cama y con los médicos más localizados”.

Entre las propias matronas, conocedoras ellas de las habilidades y el buen hacer de sus compañeras, también hubieron manifestaciones de reconocimiento. “Amparo Reyes era una excelente matrona. Sabía mucho y cuando ella decía que un parto no iba bien, no se equivocaba.”¹⁸³

“Cuando yo estudiaba ya se hablaba de Concha Masiá. Era la matrona del Dr. Bonilla, y si trabajaba con el catedrático era porque era de las mejores. Después tuve la oportunidad de trabajar con ella y de comprobarlo. Ha sido una matrona excelente”¹⁸⁴.

Otro testimonio sobre el prestigio de alguna compañera es el de Fina Gisbert:

“Concha Masiá, Amparo Góngora y Amalia Amorós son matronas de una generación anterior y les teníamos mucho respeto porque en nuestro ambiente se hablaba de ellas como muy buenas matronas. De mi época, como matronas de las que tienen renombre y prestigio entre nosotras están Amparo Sendra, Camelia, Nieves Alberola entre otras que no puedo acordarme ahora”¹⁸⁵.

En cuanto a su autonomía, todas refieren que cuando atendían a las mujeres en sus casas eran ellas las tomaban las decisiones relativas al parto. También coinciden en que utilizaron

¹⁸³ EAA.

¹⁸⁴ EVM.

¹⁸⁵ EFG.

la medicación que necesitaron e hicieron episiotomías o suturaron los desgarros cuando el proceso lo requería. Una de nuestras informantes nos refiere las diferencias que percibió en el cambio de escenario:

"Fue como del cielo a la tierra porque lo tenías todo a mano, la esterilización era máxima y era mucho más cómodo. La gestante a la hora del expulsivo estaba en paritorio, en el potro obstétrico, a mí me la ponían enfrente y menuda diferencia de cuando tenía que ponerme a un lado de la cama. Además estaba la seguridad, ya que si pasaba algo llamabas al timbre y enseguida la pasaban a quirófano. En cambio en casa había que pensar en la forma de trasladarla, en llamar a una ambulancia y todo era más complicado. En el hospital el parto siempre es dirigido¹⁸⁶, se pone enema, se rasura y se dirige porque si no, ni acabaría la mujer ni nosotras. Si venía una mujer y no estaba de parto, se mandaba a casa y ya te volvía a llamar cuando la cosa le apretaba más. Sin embargo, si eran las 3 o las 4 de la mañana y estaba empezando con las contracciones la dejabas ingresada porque de lo contrario hubiera vuelto a las 3 horas y la dejabas en el hospital para estar más tranquila. El gotero se ponía siempre cuando tenía contracciones para acelerar la dilatación. Otra diferencia es que desde que empezó el parto en los hospitales públicos y hay turnos de trabajo la mujer está con varias personas. Eso para mí es muy importante porque hay mujeres que cuando les preguntas quien la asistió no se acuerdan ni de su nombre. Eso no puede ser. Porque significa que no ha habido cercanía, comunicación, ni esa sensación de que estamos las dos en lo mismo"¹⁸⁷.

¹⁸⁶ El parto dirigido es el que se produce en los hospitales y consiste en poner en marcha sistemáticamente una serie de procedimientos y en administrar medicación para estimular las contracciones y para sedar a la mujer, en realizar episiotomía en todos los partos, en acortar el período expulsivo utilizando instrumentación como ventosa, espátulas o fórceps.

¹⁸⁷ EFG.

El paso al hospital llevó aparejada una pérdida en cuanto a la toma de decisiones, ya que era el médico el que daba las órdenes dentro de la jerarquía hospitalaria. Ese cambio fue perfectamente percibido por nuestras matronas aunque cuando tuvieron algún problema con el médico defendieron su criterio y cuando hubo un exceso de autoridad por parte del médico, algunas de las matronas entrevistadas, pusieron en marcha sus propias estrategias para defender su juicio profesional. En el caso de Vicenta Montagut:

“En las casas trabajabas como querías y en el hospital el médico era el que mandaba. Yo no tuve problemas porque era una persona trabajadora y obediente, y eso es lo que querían. Una vez tuve una mujer con amenaza de parto prematuro y cuando el médico me puso la pauta yo vi que era una exageración. Le consulté dos o tres veces y me dijo que se lo pusiera. Yo no le hice caso y al poco rato, vino y tachó lo que había escrito porque se dio cuenta de que estaba mal”¹⁸⁸.

Amalia Amorós, por su parte, se adaptó bien aunque mantuvo con energía y con claridad su responsabilidad y su capacidad profesional, incluso entrando en contradicción con la jerarquía hospitalaria:

“Yo jamás he tenido problemas en el hospital. Cuando estaba en la residencia General Sanjurjo, los médicos estaban localizados y solo los llamabas cuando había problemas. En La Fe los médicos eran muy jóvenes y muy educados. Mucho respeto, pero eran

¹⁸⁸ EVM. La medicación pautaada por el médico es un fármaco tocolítico que se utiliza para inhibir las contracciones. Se debe administrar la mínima dosis efectiva por los efectos secundarios sobre la madre, ya que una cantidad superior podría ocasionar a ésta un edema agudo de pulmón.

ellos los que mandaban. Solo tuve un problema con un médico. Le avisé porque tenía una multípara que tenía muchas contracciones y no avanzaba, y cuando vino a verla dijo: Esto se soluciona con Pitocin¹⁸⁹. Yo dije que no se lo ponía y se lo puso él. No habían pasado ni tres minutos y ya estaba yo llamando para que la pasaran corriendo a quirófano. Yo escribí lo que había pasado en cuatro hojas: una la grapé a la historia clínica, otra la llevé al despacho del Dr. Galbis, otra la entregué a la matrona responsable del hospital maternal y otra me la quedé yo. Me llamaron la atención porque había puesto el nombre del médico. Pero yo les dije que lo había hecho porque cuando había problemas siempre paga el estamento más bajo¹⁹⁰.

Otra de nuestras matronas también tuvo un serio enfrentamiento con uno de los médicos que terminó con una denuncia y consecuencias para éste último:

"El bebé estaba bradicárdico, con sesenta pulsaciones y cuando avisé al médico me dijo que no podía venir en ese momento porque estaba jugando al golf y tenía que terminar la partida. Le llamé cinco veces y no conseguí nada. Así que informé a la familia de lo que pasaba. El niño nació deficiente y los padres llevaron el caso ante el juez. El tocólogo me dijo que cambiara el registro por otro que estuviera bien y yo me negué. El médico tuvo problemas con la justicia"¹⁹¹.

También hubo problemas entre matronas y médicos que trabajaban juntos como miembros del equipo tocológico en el

¹⁸⁹ La oxitocina es el principio activo del Pitocin. Produce contracciones uterinas y en el caso referido, el de una multípara con excesivas contracciones, la administración del fármaco ocasionó a la gestante una rotura uterina que tuvo que resolverse después de la cesárea realizándole una histerectomía.

¹⁹⁰ EAA.

¹⁹¹ ECP.

centro de especialidades. Una de nuestras informantes nos expresó claramente sus discrepancias en la forma de trabajar del ginecólogo:

“En el ambulatorio había un médico con el que yo no quería trabajar y por eso me jubilé cinco años antes de que fuera obligatorio, estando a gusto con mi trabajo como estaba. Y es que por cada mujer que veía había 5 reclamaciones. Trataba muy mal a las mujeres y yo eso no lo podía aguantar. Era un profesional que sabía lo que tenía entre manos pero que no tenía ganas de trabajar. Yo le decía lo que pensaba, pero él iba a la suya. Y yo nada de enfrentarme con él, de eso nada, yo cumplía con mi obligación, pero a él no había manera de que *los estamentos* le llamaran la atención. Así que yo opté por jubilarme. Mis compañeras, como eran más listas, se habían pasado a la mañana, pero a mí como me daba igual el turno, las dejé irse y luego no había plaza para mí”¹⁹².

Nuestra séptima informante, Vicenta Bellido, trabajó desde 1960 hasta 1968 tanto en el domicilio como en el hospital, hasta que nacieron sus hijos. Además del parto hacían visitas a la puérpera en la sala y los fines de semana solo acudían a realizar las curas. La forma de trabajar en el Hospital General de Castellón era la siguiente:

“La medicación que se utilizaba era Pitocin, que era oxitocina; Timotero, que se usaba para inducir el parto; éter como anestésico inhalado y Methergin para la involución uterina. En el hospital la episiotomía era sistemática, previa administración del anestésico local, y la sutura se realizaba con catgut. En el hospital los maridos no entraban. Las mujeres estaban

¹⁹² EFG.

ingresadas 7 u 8 días si el parto era normal y 10 o 12 días si había sido una cesárea”¹⁹³.

La octava informante al referirse a sus sentimientos cuando empezó a asistir partos en el hospital, reconoce que tuvo efectos muy positivos:

“No me costó adaptarme porque era mucho más cómodo en el hospital que en la casa. Yo no había tenido vacaciones, ni siquiera baja de maternidad. Llevaba aún puntos cuando volví a trabajar. Y te diré más, estaba haciendo los partos con ‘toda la tripa’ y Don Ramiro me dijo un día: ‘Bájate de ahí porque vas a parir tu antes que la mujer’”¹⁹⁴.

Pero como repercusiones negativas tuvo una cierta desconfianza hacia la reacción de los familiares y ante la pérdida de autonomía que había tenido en el domicilio de la gestante y lo expresaba de la siguiente manera:

“En los domicilios veían todo lo que hacías y eso te daba la seguridad de que si algo salía mal, como estaba la familia delante, sabían que tú hacías todo lo que podías. Yo en el hospital siempre pensaba ‘como algo salga mal, seguro que lo voy a pagar yo. En cuanto a la valoración positiva’”¹⁹⁵.

¹⁹³ EVB.

¹⁹⁴ EAB.

¹⁹⁵ EAB.

3.10. Vida cotidiana

Aunque la sociedad española había evolucionado y la mujer se fue incorporando paulatinamente al mundo laboral, los usos y costumbres eran más difíciles de modificar y nuestras informantes tuvieron que compaginar su desempeño en el ámbito público con el mantenimiento de su papel como madres y esposas.

“Me casé y a los 9 meses ya tuve a mi primer hijo. Siempre he trabajado. Ama de casa, mujer, madre y matrona. A los 22 años tuve mi primer hijo, a los 24 el segundo y a los 28 la tercera. Yo me lo hacía todo. ¿Cómo? Volando para llegar a todo. A nivel familiar pienso que no importa la cantidad que cada uno aporte, sino la calidad de la relación. Yo ganaba mucho dinero pero eso no ha tenido nunca importancia. Como yo soy poco dormidora siempre he preferido que me llamaran por la noche porque así los hijos se quedaban durmiendo y mi marido estaba en casa. Yo pasaba sueño pero podía llevarlos al colegio, ocuparme de mi casa, de la comida. Era mucho esfuerzo, pero no sacrificio porque yo lo hacía muy a gusto. Además, a mí me gusta mimar a los que están a mi alrededor. Y cuando la cosa no me ha gustado lo he dicho, hemos hablado y ya está. Pienso que hace cincuenta años que yo me casé y la mentalidad era muy distinta. A mi marido no le gustaba que trabajara fuera de casa pero podía pensar lo que quisiera, yo había hecho una carrera y me gustaba trabajar y ganar dinero con mi profesión”¹⁹⁶.

El hecho de percibir un buen salario y la realidad de tener que pasar muchas horas fuera de sus casas hizo que su vida familiar se complicara y, cuando necesitaron, buscaron el apoyo de familiares y de alguna mujer que mantuviera el funcionamiento

¹⁹⁶ EFG.

cotidiano de su propia unidad familiar. Según el testimonio de las matronas entrevistadas sus maridos no se opusieron a que ellas trabajaran, ya que su salario era imprescindible para mantener y mejorar su nivel de vida, pero tampoco modificaron sus hábitos contribuyendo en mayor medida al cuidado de la casa y de los hijos.

Aportamos dos respuestas distintas para una realidad coincidente, la de Vicenta Montagut, en Cullera:

“Mi marido no me dijo nunca nada de que trabajara. Él sabía que era mi profesión y mientras no hubiera ningún impedimento para que él se fuera al campo y a sus cosas, no se metía conmigo. Cuando mis hijos eran pequeños me ayudaba la familia y también las vecinas. Durante un tiempo venía una chica que ya había trabajado con nosotros en el bar. Una vez me dijeron las vecinas que se llevaba al niño al parque con la merienda, pero que era ella la que se comía el bocadillo, así que la tuve que dejar”¹⁹⁷.

La de Andrea Rojas:

“Tuve catorce años a una señora y me crió a las tres. De esas personas que ya no hay, buenísima. Como si fuese mi madre, porque era una señora ya mayor. Mira si tenía confianza con ella que, cuando me pagaban ella recogía el dinero –te estoy hablando de 17 o 18.000 pesetas de aquellos años-, lo contábamos y lo guardábamos en casa. Ella tenía más cuidado de mis hijas que yo, porque no me daba tiempo. A veces, si tenía que marcharme a media noche ella le daba un biberoncito y hasta que yo llegaba. Me acuerdo el día que le dio una hemorragia cerebral y yo me senté en la cama y la cuidé toda la noche. Hace unos meses estuve arreglando cosas y encontré una cajita donde guardaba una fotografía de ella y dije: mira la

¹⁹⁷ EVM.

chacha, y entonces mi otra hija, la que es matrona, empezó a llorar”¹⁹⁸.

Nuestras matronas entrevistadas de aquellos años, tenían que salir de sus casas en cualquier momento del día o de la noche, pero ellas cuentan que aunque no estaba bien visto que una mujer saliera sola de casa, la gente de su entorno no hacía ningún comentario porque eran avatares de su profesión y se entendía la utilidad social que tenían: “Respecto a lo que pensaba la sociedad de las matronas creo que era una profesión muy valorada. Pero bueno, siempre ha habido sus más y sus menos, pero yo nunca he dado lugar a confusiones”¹⁹⁹.

En ocasiones, era el mismo marido de la parturienta el que iba a su casa a buscarlas, otras veces las recogía el médico y llegaban juntos al domicilio de la mujer de parto o al hospital, y en otras se desplazaban cogiendo un taxi.

Se veían obligadas a estar siempre localizadas, de manera que aunque aparentemente tenían mucha libertad, indirectamente había un control sobre ellas, sus familias siempre sabían dónde estaban e incluso los médicos con los que trabajaban ejercían una vigilancia sobre sus movimientos:

“Siempre hemos tenido teléfono. Primero llevábamos un avisador en el coche. Se encendía una luz en el avisador y yo tenía una clínica que era Alianza Levantina y acudía allí. Después llegó el buscapersonas que ya te daba un mensaje y tú llamabas a una centralita. Las mujeres siempre llamaban primero a la matrona. Vivía siempre pendiente del teléfono. Cuando íbamos al cine en casa siempre tenía que quedarse alguien de la familia pendiente del teléfono. Si había algún aviso

¹⁹⁸ EAR.

¹⁹⁹ EFG.

dejaban el aviso en el cine y el aposentador me llamaba. Llegó un momento que no había manera de ver una película completa y dejamos de ir al cine”²⁰⁰.

Con el análisis de las entrevistas realizadas a estas trece matronas consideramos que queda ampliado sustancialmente el conocimiento que teníamos de aquellos difíciles años en los cuales se transitó a un escenario distinto y a unas formas de trabajo diferentes en cuanto a la asistencia al parto se refiere.

En el capítulo siguiente nos ocuparemos de un panorama distinto en cuanto al lugar físico, a la forma de trabajar, a la relación con los médicos y otros aspectos, relacionados con el parto en el hospital público que es centro de referencia en el País Valenciano, el Hospital La Fe. Para ello descompondremos las entrevistas en otras tantas categorías útiles para el análisis de lo que significó el cambio radical que se produjo con la institucionalización del parto en el ámbito del hospital. Obviamente, también nos ocuparemos del nuevo protagonismo que adquirió la matrona cuando, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, empezó a ocupar su espacio en la Atención Primaria, asumiendo las competencias de *promoción de la salud* -por medio de la educación maternal, el taller de lactancia y el de masaje infantil; también con la atención a la mujer mayor de cuarenta años-, *prevención de la enfermedad* -protocolización de las visitas durante la gestación y revisiones posparto-, llegando a convertirse en un punto de referencia para las mujeres durante su proceso de maternidad: embarazo, parto y crianza.

²⁰⁰ EFG.

Capítulo 4.- Mujeres, matronas y partos. Evolución y cambios en el parto hospitalario. Los últimos treinta años del siglo XX.

Aquello que determina las décadas finales del siglo XX español es la recuperación de la democracia, tras la larga y dura dictadura franquista. Los años finales de los sesenta, la década de los setenta y el comienzo de los ochenta están atravesados por la llamada transición española. En torno a ella se ha escrito mucho, y desde las más diversas perspectivas: históricas, politológicas, sociológicas, jurídicas. Desde nuestro punto de observación, que es evidentemente histórico –y a los efectos de lo que es el objeto de estudio de esta tesis doctoral–, el acercamiento a un mejor conocimiento de ese proceso presenta una serie no desdeñable de dificultades. Una de ellas, y no la de menor relevancia es cuál es su marco cronológico.

En nuestra opinión -hay otras, claro- la respuesta no puede ser taxativa. Recordemos que horas antes de la *intentona militar* de Tejero -febrero de 1981- el entonces Presidente del Gobierno, Leopoldo Calvo Sotelo, había dado por acabada la transición democrática. Entendemos que la *Transición española* finaliza con la llegada al poder del PSOE, encabezado por Felipe González, en octubre de 1982. Se cerraba un ciclo histórico: una fuerza política proscrita tras la victoria de las tropas insurgentes del general Franco en 1939, llegaba al poder democráticamente y la dirección política del Estado le llegaba de las manos de un civil, presidente de un gobierno también designado –en circunstancias singulares, ciertamente- democráticamente.

No obstante, esta baliza pudiera considerarse excesivamente institucional y creemos necesario aludir al período posterior siquiera sea para apuntar brevemente algunas reflexiones en torno a la política desarrollada por los socialistas españoles. Ahora bien, si la *Transición* acaba, propiamente dicha, en 1982, ¿cuándo comienza?

La respuesta inmediata, simple, no obstante, sería: comienza a la muerte del dictador -noviembre de 1975- o con el Referéndum para la Reforma Política -diciembre de 1976-. Otros historiadores se inclinan, sin embargo, por fechar el inicio en el asesinato de Carrero Blanco -diciembre de 1973-. No es sencillo marcar una fecha concreta como baliza inicial de la transición española. Pero pensamos que cabe arrancar desde más atrás en el tiempo para detectar los cambios estructurales que fueron produciéndose durante el franquismo; cambios que, finalmente, desembocaron en una democratización real en España. Esos cambios, además, son plenamente perceptibles en nuestra investigación por cuanto respecta al cambio que se produce en la realidad sanitaria referida al triángulo formado por las mujeres, las matronas y el hecho de parir en el que ambas intervienen.

4.1 Apuntes sobre las décadas finales del siglo XX.

El llamado “milagro económico”, el desarrollo y sus consecuencias, el bienestar material y la paz (el régimen celebró por todo lo alto los 25 Años de Paz, en 1966), producidos y alcanzados durante la década de los sesenta, se convirtieron en una pieza clave de la legitimación franquista, asumiendo claro la enorme paradoja según la cual un régimen doctrinario y fuertemente ideologizado, aparece como el campeón de un desarrollismo desideologizado y

pragmático (Fontana, 1986).

Esta transformación -para algunos asombrosa- no sólo no fue excepcional, sino que —como explicara Josep Fontana— se produjo con diez años de retraso sobre otros países europeos (Fontana, 1986, p. 32). Además, como habría ocasión de comprobar desde 1973, sus resultados -los del desarrollo- no eran tan definitivos como se había llegado a pensar. El *milagro* había comenzado en 1957-1959, con la llegada al gobierno de ministros tecnócratas ligados al Opus Dei (Ullastres, Navarro Rubio), que pusieron en marcha toda una serie de medidas, conocidas globalmente como el Plan de Estabilización: Unificación del sistema de cambios, Elevación de los tipos de descuento y control del gasto público, Aumento de la contribución tributaria, Incentivos a las exportaciones, junto a una cierta apertura al capital extranjero, Ley de Convenios Colectivos (1958), incorporación a la Organización Europea de Cooperación Económica (después OCDE) y al Fondo Monetario Internacional (FMI).

El resultado fue, además de la conclusión de la autarquía, que el franquismo comenzaba a abandonar el *nacional-sindicalismo*. Hubo, no obstante, otros efectos del llamado Plan de Estabilización: a finales de 1959 se alcanzó un superávit de la Balanza de Pagos, que contrastaba con el déficit del año anterior; aumentó la circulación fiduciaria y las reservas en dólares; se redujo la inflación y se devaluó la peseta; el turismo alcanzó cotas desconocidas: de los tres millones de visitantes de 1958, se pasó a seis en 1960; también se produjo, sin embargo un frenazo en el crecimiento de la actividad económica y un notable incremento del número de parados o cesantes, y una congelación de los salarios (Juliá, García Delgado, Jiménez y Fusi, 2003).

Todo ello tuvo como resultado final una caída de la renta real, y la emigración se ofreció como la única salida factible para miles de

españoles. Entre 1960 y 1970, más de un millón de españoles abandonaron la Península, en su mayoría hacia la Europa industrial. Ciertamente, el crecimiento no podía ocultar los desequilibrios e insuficiencias, y ello porque el desarrollo se había producido a partir de una política de apertura y liberalización que aprovechó los vientos de bonanza del *boom* europeo de los sesenta. Los ingresos por turismo, por el incremento de las exportaciones y la llegada de divisas enviadas por los emigrantes fueron -junto con el incremento de las inversiones y los excedentes de mano de obra que abarataban costos-, los factores clave del desarrollismo de estos años (Juliá et al, 2003).

Paralelamente y en sintonía con la situación económica y social de España, la década de los sesenta registra un importante incremento de la actividad de la oposición política y sindical al régimen (Moradiellos, 2003). Con los antecedentes de la famosa Huelga de Tranvías de Barcelona en 1951, las primeras manifestaciones estudiantiles de Madrid en 1956 -en las que participan hijos de los vencedores de la guerra civil-. La reaparición de antiguas reivindicaciones nacionalistas en el País Vasco y Cataluña, y el auge del movimiento obrero en las zonas industriales de Madrid, Asturias, Valencia, Vizcaya, Guipúzcoa y Barcelona. El antifranquismo comienza a desafiar cada vez más al régimen. Un repaso apresurado obliga a poner de relieve varios fenómenos acaecidos en esta época: 339 curas vascos firman un documento en el que reclaman libertades políticas plenas, protestan contra la represión y defienden la lengua vasca. Pronto nacerá la organización ETA (Euskadi y Libertad). Además, en 1962 se produce lo que el oficialismo franquista llamó el "Contubernio de Munich": 118 políticos españoles de todos los colores, desde ex-falangistas a socialistas (con los comunistas como grandes ausentes- exigen libertades democráticas de acuerdo con la Convención Europea de los

Derechos del Hombre y la Carta Social Europea. La reacción del régimen será dura (De Riquer, 2010).

Los años siguientes registran un *crescendo* en el enfrentamiento entre el régimen y la oposición. En un brevísimo repaso, debemos anotar que en 1964 se produce la primera reunión amplia de los cuadros del sector del metal afiliados a las Comisiones Obreras; que en 1968 comienza la lucha armada de ETA; que en 1973, ETA asesina al Almirante Carrero Blanco, el lugarteniente de Franco, con una explosión controlada en pleno centro de Madrid. En 1974 se constituye en París la Junta Democrática, una agrupación política que reúne a comunistas, socialistas de izquierda, independientes y maoistas. En 1975 nace Plataforma Democrática, dirigida por el PSOE y con presencia de organizaciones comunistas menores y, también, con representantes de fuerzas no marxistas. De la confluencia de ambas nace Coordinación Democrática, más conocida como la *Platajunta*. Ella será la que, en febrero de 1976, se pronunciará sobre el Programa del presidente designado Adolfo Suárez, considerándolo incapacitado para dirigir al país y exigiendo la apertura de un proceso constituyente, ya que entiende que no es el reformismo lo que procede, sino la ruptura. Pese a todo, Suárez seguirá adelante. En diciembre, en el Referéndum para la Reforma Política, el 94 por ciento de los votantes darán su apoyo al proceso reformista. La izquierda se divide entre el silencio y la petición de la abstención. (Pérez Picazo, 1996, p. 302)

Meses más tarde, durante la Semana Santa de 1977, Suárez legalizará al PCE provocando una dura reacción de los sectores más duros del franquismo. Habían pasado sólo dos meses desde la llamada *matanza de Atocha*: un bufete laboralista de abogados del PCE, en el que penetró un grupo de pistoleros fascistas matando a cinco de ellos.

Tras el asesinato de Carrero Blanco en diciembre de 1973 se

intensifica la represión alcanzando cotas desconocidas desde los años cuarenta. Sin embargo, paralelamente, sectores hasta entonces identificados con el régimen comienzan a cambiar de posición. Asistimos a un proceso de enfrentamiento entre la Iglesia y el Estado; el Ejército registra una cierta división entre *ultras* y *liberales*, surgiendo en su seno la reducida pero activa UMD; aparecen disidencias notorias de personajes políticos vinculados al franquismo, como Areilza, Fraga y otros; y los sectores del capitalismo que mantienen un mayor grado de relación con empresas multinacionales piden cambios que abran la vía del ingreso en la CEE y la OTAN.

La muerte de Carrero Blanco no haría sino agudizar estas contradicciones internas del propio régimen. Este, sin embargo, pareció encajar bien el golpe en los primeros momentos y en una acción conjunta del Ministro de la Gobernación, Arias Navarro, y el Jefe del Alto Estado Mayor, Díez Alegria, abortó una intentona golpista encabezada por el general Iniesta, de la Guardia Civil. Poco después Arias fue nombrado Presidente del Gobierno. A pesar de su *curriculum* (era conocido con el sobrenombre de Carnicerito de Málaga, por su crueldad tras la toma de esta ciudad en la guerra civil), Arias -que había desarrollado una política de gran dureza en materia de orden público, con ETA y CC.OO como principales objetivos- comienza desarrollando una política aparentemente aperturista.

Esta tiene su origen tanto en la creciente oposición con que tropieza el régimen, como en la amenaza de una fuerte crisis económica. 1973, ya con Carrero, había sido un año de elevada inflación y, además, muy conflictivo: los aumentos salariales se habían congelado en el 15 por ciento; las tradicionales dificultades en el abastecimiento energético se habían agudizado por la crisis del petróleo; y, además, comenzaba a notarse la recesión económica

internacional en las dos fuentes de divisas más importantes, el turismo y los envíos de los emigrantes.

Los sectores más progresivos de la elite económica no hicieron sino ratificarse en sus posiciones aperturistas: había que conectarse con Europa. A fines de 1975, el 43% de los bienes de consumo, el 53% de las materias primas y el 56% de los alimentos se exportaban a países de la CEE. Entendían, además, que era imprescindible ampliar el sector público como base de las necesarias mejoras en infraestructura. Esto sólo era posible reformando el aparato fiscal y eso sólo podría hacerlo un régimen democrático (Juliá et al., 2003).

Así pues, podemos afirmar que las presiones de la oposición antifranquista se vieron reforzadas por sectores que hasta fecha reciente se habían alineado junto al régimen. La timidez liberalizadora de Arias -en este contexto del que hablamos- despertaba los demonios del llamado *bunker*: el sector más duro e intransigente del franquismo militante. El gobierno intentaba aplacarlos incrementando la represión sobre la izquierda. A mediados de 1974 se produce el llamado *gironazo* (reacción dura encabezada por el ex-ministro franquista Girón de Velasco), y ruedan políticamente algunas cabezas de los elementos más díscolos del sistema: Pio Cabanillas, Barrera de Irimo y el general Díez Alegría (Fontana, 1986).

Paradójicamente, este aparente triunfo del *bunker* puso de relieve la profundidad de la crisis del régimen. La Bolsa se hunde. Conocidos representantes del empresariado como Barrera de Irimo (ex-responsable de la ITT española) o Joaquín Garrigues Walker, se enfrasan personalmente en la actividad estrictamente política. El franquismo se radicaliza: inspira el terrorismo de escuadrones ultraderechistas, se disparan los casos de tortura, se secuestran publicaciones progresistas, son fusilados cinco militantes de ETA y

del FRAP, y, en el País Vasco, se proclama el Estado de Excepción.

Cuando, tras la muerte del dictador, Juan Carlos de Borbón asume el poder, lo que Preston ha llamado el *capitalismo progresivo español* comienza a ver la luz al final del túnel (Preston, 1978). En el primer gobierno de Juan Carlos, también presidido por Arias, detentan cartera personajes vinculados a grandes multinacionales - United States Steel, IBM, Rank Xerox, General Electric-, lo que permitirá que el gran capital se encuentre representado en el gobierno español como no lo había estado nunca. La Bolsa sube. Arias Navarro dimite el 1 de julio de 1976, lo que revela la impotencia del *bunker* para mantener el control. El Rey nombra a Adolfo Suárez (y no a Areilza, como se esperaba) -un antiguo Secretario General del Movimiento- como presidente del gobierno.

La oposición se horroriza ante el *curriculum* del nuevo presidente y organiza manifestaciones y actos masivos de rechazo, lo que obliga a éste a actuar con rapidez y en profundidad. Los comunistas del PCE fuerzan la máquina desde París y Santiago Carrillo amenaza con presentarse en Madrid. Coordinación Democrática amplía sus contactos con liberales, republicanos y socialdemócratas. Suárez se reúne con los militares y les pide "su patriótico apoyo", ofreciéndoles a cambio la exclusión de los comunistas; promesa que incumplirá meses después granjeándose la enemistad de los altos mandos castrenses. Uno de ellos, el general Santiago y Díaz de Mendibil dimitirá ante el anuncio de legalización de las centrales sindicales.

Suárez, no obstante, apuesta fuerte y consigue el "suicidio político" de las Cortes franquistas, que aprueban su reforma política por 425 votos a favor, 59 en contra y 13 abstenciones. Así pues:

"El punto de partida (de la transición) es obvio: el nuevo sistema, aunque significase en su término una ruptura con la legalidad

franquista, se implantó de forma legal, por medio de una ley elaborada por un gobierno del régimen y votada por las cortes orgánicas. Fue, por tanto, un sector del aparato político el que elaboró, aprobó y llevó a puerto la estrategia conducente al triunfo de la democracia. Así mismo fue la combinación de políticos procedentes del propio Movimiento y de las filas más conservadores de la democracia cristiana, y no aquellos otros en los que se habían depositado las mayores expectativas, los círculos monárquicos liberales y los reformistas, quienes dirigieron la operación de cambio” (Pérez Picazo, 1996, p. 23).

Tras el Referendum para la Reforma Política, de diciembre de 1976, se convocan elecciones generales para junio de 1977. Aunque el PSOE había celebrado su XXVII Congreso aprobando la participación electoral aun cuando los comunistas eran ilegales, Suárez arriesga y legaliza al PCE durante la Semana Santa de 1977. Las elecciones podrán ser plenamente democráticas, excepción hecha de los miedos y la autocensura que el franquismo había impregnado a la ciudadanía. El resultado electoral será un refrendo de la moderación: 34% UCD, 29% PSOE, 9% PCE Y 4% PSP. Adolfo Suárez se convertiría así en el primer presidente del Gobierno español elegido democráticamente desde los tiempos de la II República.

Los gobiernos de la UCD, encabezados por Adolfo Suárez primero y por Leopoldo Calvo Sotelo después, son tiempos de reformas sustanciales para la sociedad española: desde la redacción de la Constitución de 1978 a las reformas en materia fiscal, desde los Pactos de la Moncloa a la Ley del divorcio, desde el golpe militar de febrero de 1981 al ingreso en la OTAN (Juliá et al., 2003).

El agotamiento del modelo ucedista será evidente desde los primeros meses de los años ochenta y, particularmente, tras la intentona militar del 23 de febrero de 1981. Pocos meses más tarde,

en el mes de octubre, se producirá la victoria electoral socialista de 1982, hecho que -entendemos- marca, cuando menos en clave institucional, el final del proceso transicional.

Los años de los gobiernos socialistas se abrieron con un sinfín de expectativas y también de problemas de gran calado. Un conocido analista político y periodista, José Luis Martín Prieto, recordaba el testimonio de un dirigente socialista en las vísperas de las elecciones de octubre de 1982:

"Si los socialistas ganamos estas elecciones, el primer presupuesto político de nuestro partido es sufrir un golpe de Estado en el primer año de nuestro mandato. Y nos preocupa, porque precisamente somos nosotros los únicos que podemos evitar el golpismo militar en España. La derecha, hasta ahora, no ha hecho nada por desmontar la trama golpista; es un trabajo que haremos nosotros por responsabilidad histórica y aunque sólo sea por instinto de supervivencia" (AEP, 1983).

Pese a estas prevenciones, las elecciones de octubre de 1982, con un 80 por ciento de participación y diez millones de votos para el PSOE, constituyeron una especie de conjuro que comenzó a desvanecer el casi eterno *problema militar* español. Además, el PSOE encabezado por el tándem González/Guerra consiguió ilusionar a una buena parte de los ciudadanos. Apoyándose en una idea central -*el Cambio*- se transmitió al cuerpo electoral la necesidad insoslayable de *modernizar* España, de *coger el tren de Europa* que habíamos perdido en otros momentos históricos. Ese *Cambio* pivotaba en torno a tres ejes muy concretos. Por una parte "Que España funcione", es decir, modernizar y hacer eficaz el aparato administrativo del Estado y moralizar la vida pública; en segundo lugar, crear 800.000 puestos de trabajo, promesa que había sido fundamental durante la campaña electoral en un país con la tasa de desempleo más alta de

los países de la OCDE; y, finalmente, sacar a España de la OTAN, y ello a partir de un slogan que luego resultó más ambiguo aún de lo que pareció en un principio: "OTAN, de entrada NO" (Fusi y Palafox, 1986).

El PSOE consiguió el triunfo en 1982 con estas tres promesas, y con el carisma de su líder y lo prometedor de sus jóvenes y dinámicos compañeros. El por aquel entonces director del muy influyente diario EL PAÍS, Juan Luis Cebrián, escribía: "Para muchos esta victoria del partido de Felipe González ha supuesto, desde un punto de vista histórico y sociológico, el verdadero final del franquismo: el último de los pasos dados en la "ruptura desde el poder" en que ha consistido la llamada transición española". Sin embargo, el mismo analista se interrogaba, ya en 1983, sobre la "naturaleza del Cambio", y escribía: "Las definiciones dadas por el propio líder del partido y actual primer ministro dan, peligrosamente, pie para suponer que el cambio está anclado en cuestiones de eficacia y honestidad más que en la aplicación de un esquema de valores diferente del que ya conocía este país". Cebrián añadía: "Por decirlo un poco a la diablo, el temor que anida en sectores progresistas de la sociedad es que los gobernantes socialistas se dediquen a hacer bien lo que los ucedistas hicieron mal, pero desde igual o parecido esquema de valores, entre los que brilla con luz propia y de manera preocupante el culto a la razón y la dignidad del Estado" (Fusi y Palafox, 1986, pp. 49-50).

No es nuestra intención ir más allá de estas sencillas pinceladas que no pretenden sino contextualizar en el escenario macro, en el contexto de la España del período, los cambios que se produjeron en relación con lo que es nuestra investigación.

Una sociedad en cambio; que salía de la negra y pacata España franquista y que se abría a la nueva realidad europea. Una sociedad que quería correr a grandes trancos los desfases sociales y

culturales que nos diferenciaban de los países de nuestro entorno geopolítico. En aquella sociedad fue en la que se produjo el cambio central que nos ocupa: el paso del parto domiciliario al parto hospitalario; y con él, el conjunto de transformaciones que afectaron a las mujeres en el momento vital crucial que es el de parir. Y junto a ellas, un colectivo singular de profesionales, las matronas, que constituyen con las parturientas los dos sujetos centrales de nuestra investigación.

Más allá de los déficits tácticos y estratégicos que hemos apuntado en cuanto a la gestión socialista, queremos enfatizar el clima de ilusión, de participación, de innovación y de compromiso que resultó particularmente explícito desde los segmentos progresistas del mundo sanitario. Ese impulso de los primeros ochenta alcanzó, no sin altibajos, no sin decepciones, hasta el final del último gobierno encabezado por Felipe González en 1996. Si éste es el final del marco cronológico de nuestra investigación (con las ligeras licencias temporales de las que hablábamos en la Introducción), creemos haber encauzado correctamente la misma en ese espacio socio-temporal que se abrió con el tránsito de la dictadura a la democracia que España vivió durante aquellos años del último tercio del siglo XX.

4.2. Sobre la experiencia de las matronas en la asistencia del parto en el Hospital La Fe: Nuestras informantes.

Respecto a las profesionales de la asistencia al parto que han aportado sus testimonios para esta tesis doctoral tenemos que hacer una distinción. Hemos realizado entrevistas en profundidad a diez matronas significativas, entendiendo por tal a profesionales que gozan de un amplio y merecido prestigio entre sus colegas.

Cinco de ellas porque han ocupado puestos de gestión en el Hospital Maternal a lo largo de estos años, desde la entrada en funcionamiento en febrero de 1971 hasta bien avanzados los noventa del siglo pasado. Las cinco siguientes porque han sido matronas relevantes y destacadas en su puesto de trabajo por distintos motivos: dos de ellas por haber puesto en marcha determinadas unidades innovadoras como fueron la Educación Maternal en el Hospital La Fe en 1983 o el primer Centro de Orientación Familiar (COF) en el País Valenciano; una tercera porque ha sido pionera al incorporar a finales de los años 80 del siglo pasado una atención a las mujeres de parto respetuosa con la fisiología²⁰¹, introduciendo y poniendo en práctica recomendaciones de la OMS ignoradas o premeditadamente no aplicadas por el resto de matronas y médicos del centro, cuando en el hospital se aplicaba una asistencia altamente tecnificada. Han sido capaces de convivir con esa forma de atención al parto *tradicional* sin crear grandes fisuras con otras compañeras menos innovadoras y consiguiendo que tanto el resto de matronas como los obstetras del hospital la respetaran profesionalmente; la cuarta porque desde que se incorporó al hospital ha sido un ejemplo de *buenas prácticas*²⁰² y la última porque habiéndose formado en las

²⁰¹ Respetar la fisiología del parto en el argot sanitario significa dejar que evoluciones de manera espontánea, sin administrar medicación para acelerar la frecuencia de las contracciones, sin romper la bolsa amniótica con ningún instrumento y esperar el tiempo necesario para que se produzca el expulsivo - siempre que no haya ningún problema *a priori*, o que aparezca durante la evolución del proceso, en la madre ni en el bebé-.

²⁰² El término '*Buenas Prácticas*' está siendo utilizado desde finales del siglo XX por los organismos sanitarios nacionales e internacionales. Pretende recoger la evidencia científica disponible sobre los procedimientos utilizados tradicionalmente en la atención al parto en el medio hospitalario, con el fin de garantizar las mejores prácticas posibles en atención perinatal, con el propósito

primeras promociones del nuevo Plan de Estudios de 1992 ha llegado a ser una de las profesoras de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, y constituye un ejemplo de la consecución de una demanda largo tiempo reivindicada por las profesionales responsables de la asistencia al parto normal, la de poder formar a las residentes de su especialidad. Por último hemos entrevistado a veinticinco profesionales de la asistencia al parto que han realizado su labor asistencial en distintos hospitales y centros de salud tanto del País Valenciano como de otras áreas del territorio español.

Cuando se decidió poner en funcionamiento el Hospital Maternal, el director del Hospital La Fe, Dr. Manuel Evangelista llamó al Dr. Manuel Galbis, que durante años había sido miembro de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, para que se hiciera cargo de la dirección del mismo. En aquellos momentos Manuel Galbis era el catedrático de Obstetricia de la Universidad de Cádiz y recibió con agrado la propuesta de hacerse cargo de la dirección del Maternal de La Fe. Hasta entonces venía a Valencia los fines de semana porque su familia vivía aquí. Si había algún parto lo atendía su ayudante que era el Dr. Llixiona y las intervenciones quirúrgicas las programaban para el fin de semana. Se propuso organizar la maternidad con profesionales bien preparados y se trajo a médicos que hasta entonces habían estado con él en el Hospital Clínico como internos pero sin plaza en propiedad: el Dr. Llixiona, el Dr. Parrilla, el Dr. Mañes, el Dr. Hernández, el Dr. Soto, el Dr. Domenech y el Dr. Mínguez. Como matrona jefa propuso a

de que sean cuestionados desde una reflexión autocrítica por las personas responsables de la atención al parto.

.

Isabel Royo, cuya fama la precedía en el desempeño que se le iba a proponer, ya que ya se había encargado de poner en funcionamiento el paritorio del Hospital Clínico cuando en marzo de 1960 se habían trasladado desde las instalaciones de la antigua Facultad de Medicina en Guillem de Castro 24, a las nuevas en el Paseo de Valencia al Mar. Además, era la matrona que trabajaba con él en los partos privados desde entonces.

Isabel Royo nació en 1935 en El Puig de Santa María y al año siguiente su familia se trasladó a Requena hasta el final de la contienda para huir de las penalidades que afectaban a la ciudad de Valencia con motivo de la guerra civil. Su familia era de clase media, pero debido a que era hija única sus padres pudieron ofrecerle una formación que en aquellos años era difícil para la mayoría de los españoles, máxime si se trataba de una mujer.

“Los siete cursos de Bachiller los estudié en casa con un profesor particular y después venía a examinarme al Instituto S. Vicente Ferrer. En aquellos años desplazarse desde El Puig hasta Valencia costaba dos horas en autobús. Entonces para entrar en la Universidad se hacía un Examen de Estado que pasó a llamarse Examen de Grado un año antes. Yo lo aprobé y me fui a la Universidad”²⁰³.

Isabel Royo ocupó el cargo de matrona jefa del maternal desde 1971 hasta 1983, cuando meses después de la victoria electoral del Partido Socialista fue cesada en dicho cargo. Es una mujer educada, cordial y asertiva que durante la entrevista imprime autoridad a cada una de sus opiniones. En todo momento se mostró interesada en que hubiera constancia de su particular

²⁰³ Entrevista a Isabel Royo realizada en abril del 2013. A partir de ahora nos referiremos como EIR.

esfuerzo a lo largo de los años de gestión para que el trabajo de las matronas se dignificara, y se acelerara la evolución desde el empirismo hasta la praxis científica. Se mostró satisfecha de poder colaborar en nuestra investigación, convencida de la importancia de recoger los testimonios de profesionales que se habían encargado de la gestión del Hospital Maternal para completar de este modo la historia que, a su parecer, está escrita solo por los médicos.

La segunda informante es Paquita Mocholí, que en el momento de la entrevista tiene 64 años y le quedan meses para jubilarse. Nació en Massanassa, es hija única y sus padres eran de clase media, él pequeño empresario y su madre ama de casa. Cuando terminó el Bachiller quiso matricularse y estudiar Medicina, pero sus padres se opusieron a ello:

“...quería hacer Medicina pero mis padres no me dejaron. Pensaban que para ser mujer otra cosa estaría mejor. Me presenté para Magisterio y aprobé, pero tampoco me dejaron. Así que tuve que esperar a los 18 años. Entonces, con una falta de información tremenda, me matriculé en la Cruz Roja para Auxiliar de Enfermería y también hice Puericultura. Yo creía que me estaba matriculando para ATS que era lo que quería hacer. Como ya tenía los uniformes, lo acabé y fue entonces cuando hice ATS en la Escuela Diocesana. En fin, que fue muy largo para una carrera tan corta, pero así es la vida”²⁰⁴.

Es una mujer enérgica, con iniciativa, que se manifiesta inequívocamente como una mujer de izquierdas. Cada uno de los distintos espacios profesionales que ha ocupado lo ha hecho desde el compromiso ideológico de mejorar la asistencia a las mujeres en

²⁰⁴ Entrevista a Paquita Mocholí realizada en Noviembre del 2012. A partir de ahora EPM.

particular, y a las personas que viven de su salario en general. Defensora activa de la sanidad pública, durante unos años trabajó como liberada sindical por Comisiones Obreras (CCOO). Realizamos la entrevista en su centro de trabajo y durante las dos horas que conversamos, observo que tiene facilidad de palabra y capacidad de síntesis. Desglosa cada una de las etapas de su vida profesional con precisión, pero no es un relato o un cúmulo de experiencias vividas verbalizadas *ad hoc*. Existe una explicación para cada situación, toda la entrevista está argumentada con razones de tipo político o profesional.

Nuestra tercera informante es Amparo Fabra, tiene 61 años y nació en Valencia. Su familia era de clase media, su padre trabajaba de contramaestre y su madre era ama de casa. Se considera una mujer de ideología política de izquierdas y manifiesta ser católica, aunque no practicante. Es una matrona vocacional y cursó los estudios de ATS porque era indispensable para poder ser matrona.

"A mí, ser enfermera no me interesaba para nada. La motivación la tuve desde niña, cuando nació mi hermana pequeña y aunque mi madre había parido en el hospital, la comadrona venía a casa a hacerle las curas del puerperio. Era D^a Emilia Albiñana, la madre del ginecólogo. Era una mujer grandota, dispuesta, que se manejaba al bebé con una soltura tal, que a mí me dejó *patidifusa* (sic). Ese fue mi objetivo desde entonces"²⁰⁵.

²⁰⁵ Entrevista a Amparo Fabra, realizada en junio del 2012. A partir de ahora la citaremos como EAF.

Esta mujer ha participado en todos los ámbitos posibles dentro de su profesión²⁰⁶, excepto en la docencia. Ha trabajado en la asistencia pública y en la privada. Ha atendido partos medicalizados y partos respetando la fisiología del nacimiento en la Clínica Acuario²⁰⁷. Ha colaborado en la gestión del Hospital Maternal de La Fe en dos períodos: durante la segunda dirección de enfermería que fue liderada por Paquita Mocholí, donde desempeñó el cargo de Supervisora de Consultas Externas del Maternal y años después el de Matrona Adjunta en la Subdirección de Enfermería del Maternal, cuando ocupó el cargo de Directora la enfermera Lola Llisterri. Cuando cambió el color político del gobierno valenciano en 1995, tras la derrota del Partido Socialista, cambió el ciclo de la sanidad pública valenciana de la mano de los sucesivos gobiernos del Partido Popular. Amparo Fabra ha trabajado como matrona de Atención Primaria durante cuatro años y en la asistencia, primero en el Maternal de La Fe, después en el Hospital Comarcal de Alcoy y actualmente es matrona del paritorio del Hospital Dr. Peset. Tiene iniciativa, habla con claridad diciendo

²⁰⁶ El desempeño profesional de las enfermeras comprende el rol asistencial [se entiende en recintos hospitalarios], el rol administrativo [entendiéndolo en el sentido amplio de gestión de centros], el rol social [en la Atención Primaria de salud] y el rol educador [que se desarrolla habitualmente en formación pre-grado y post-graduada] y, por último, el rol investigador [que se ejerce en cada uno de los anteriores].

²⁰⁷ El grupo Acuario empieza a funcionar en Valencia en 1976 prestando atención a los partos en los domicilios o en un piso de la calle San Miguel en Valencia. Posteriormente, en 1986 amplían su estructura con una clínica en Valencia y otra en Beniarbeig (Alicante) que dispone de 22 camas para atender a las familias que desean un nacimiento natural. Este tipo de asistencia fue iniciado por el ginecólogo valenciano Pere Enguix. En el transcurso de la redacción de esta tesis la clínica Acuario cerró sus puertas por problemas de financiación.

lo que piensa con asertividad y tiene claro que el papel de las matronas es colaborar con las mujeres para que recuperen el control y la responsabilidad sobre su cuerpo.

La cuarta matrona a la que entrevistamos para la elaboración de esta parte de nuestra investigación es Josefina Segarra²⁰⁸ "Fina para las amigas", tiene 65 años y nació en Massamagrell, un pueblo que a pesar de estar muy cerca de la capital, sigue manteniendo su propia forma de entender la vida. Tiene una hermana que también es matrona y un hermano. Sus padres eran de un nivel económico medio, su madre tenía una tienda de regalos. Su padre era labrador "mi madre siempre nos rectificaba y decía que era "agricultor". En aquellos tiempos los padres hacían un esfuerzo para que las hijas pudieran ir a estudiar a un internado aunque tuvieran que privarse de otras cosas. "Pensaban que nos mandaban al internado para que nos convirtiéramos en *señoritas*". Su trabajo como matrona lo ha realizado en el ámbito asistencial. Nada más acabar la especialidad trabajó dos años en el Hospital de la Diputación Provincial de Barcelona. En agosto de 1971 se trasladó al Maternal de La Fe donde estuvo hasta 1983, cuando se abrió la Unidad de Preparación al Parto y allí se mantuvo hasta el 2000, cuando se cerró dicha unidad porque ese trabajo había pasado a realizarse en los distintos Centros de Atención Primaria. Desde el 2000 hasta finales del 2012 cuando se jubiló volvió a trabajar en el paritorio. Tuvo dos hijos y una hija que murió en un accidente de tráfico hace 3 años, golpe del que tardará en recuperarse. Mientras estuvo en el internado tuvo un primer acercamiento a asuntos sanitarios porque ayudaba como auxiliar a la monja que se

²⁰⁸ Entrevista a Fina Segarra Ibáñez, realizada el 7 de enero del 2013. En adelante la citaremos como EFS.

encargaba de las curas. Fina nos recuerda que cuando ella era joven, las chicas que podían estudiar cuando terminaban el Bachiller solían matricularse para ser enfermeras o maestras. Su madre era una mujer avanzada para la época y para el ambiente rural en el que se desarrolló su vida y aleccionó a sus hijas para que tuvieran una orientación clara en sus elecciones vitales:

“Recuerdo perfectamente tres cosas que nos decía: primera, que no nos casáramos con un hombre mucho mayor que nosotras; segunda, que no fuera labrador, porque la tierra era un bien que tenías siempre pero que no podías controlar y llovía o no, hacía aire o no, había sequía o no y había que padecer mucho y era mejor un marido que tuviera un sueldo; y tercera, que no dependiéramos económicamente de él. Nosotras le hicimos caso porque estábamos preparadas y a mí, la profesión me gustaba...”²⁰⁹.

La informante que aporta el quinto testimonio para nuestro trabajo se llama Pepi Alemany. Perteneció a una familia de Bétera que en los años de la posguerra sufrió las dificultades económicas propias de la situación en la que había quedado el país. Es hija de una pareja de sordomudos, su padre fue durante años el presidente de la Asociación Valenciana de Sordomudos. Aprendió a hablar por señas y se acostumbró a ser muy respetuosa con las personas con alguna deficiencia. En aquellos años lo más habitual para una mujer que podía estudiar era hacer una carrera corta y, como ya se ha dicho en otros testimonios, había dos que se consideraban especialmente apropiadas para una mujer, según el sentir de la mayoría de la sociedad, éstas eran la de Magisterio y la de ATS. Ella eligió esta última porque además de que le gustaba tenía buena salida profesional:

²⁰⁹ EFS.

“En mi casa no había tantos problemas porque mi padre tenía un trabajo estable, pero sí que había que tener mucha previsión con el dinero. Para que veas, a mí me daban el dinero para el tranvía, pero yo me levantaba una hora antes y me iba andando desde el matadero, por la calle Teruel, hasta el Hospital Clínico para ahorrarme cada día lo del tranvía. Lloviera o tronara yo me hacía ese ahorro”²¹⁰.

En cuanto supo que se iba a poner en funcionamiento el Maternal de La Fe, cesó en el paritorio del Hospital Clínico. Desde primeros de enero hasta el 18 de febrero de 1971 en que se inauguró el Maternal, estuvo colaborando con I. Royo en el acondicionamiento de las distintas unidades. Durante los tres primeros años participó en la gestión que encabezaba I. Royo y fue supervisora general de tardes y después, en 1974, ocupó la supervisión de la unidad de parto que entonces se llamaba ‘dilatación lenta’. En 1983, con P. Mocholí como matrona jefa del maternal, fue trasladada otra vez a la labor asistencial en paritorio con un turno rodado. Tras el cese de Mocholí en 1984, fue propuesta por el Dr. Galbis para ocupar el cargo de Matrona Jefa que ocupó hasta 1986 cuando se convocó dicha plaza según normativa y fue ganada por Esperanza Ferrer, que la sustituiría en el cargo. Estuvo unos meses trabajando en el Insalud como Asesora de Enfermería y cuando se concluyó la transferencia de las competencias en materia de salud a la Consellería pidió el traslado a Burjassot como matrona de ambulatorio. Cuando se convocaron plazas de matronas en Atención Primaria, de nuevo pidió el traslado y estuvo en el Centro de Salud de la calle Chile, donde

²¹⁰ Entrevista realizada a Pepi Alemany en marzo del 2013. En adelante nos referiremos a ella como EPA.

permaneció hasta el siguiente concurso de traslados. Trabajó como matrona de Atención Primaria en Bétera hasta que llegó el momento de su jubilación. Fue una entrevista cordial y no mostró ningún pretexto para exponer sus recuerdos tal y como ella los vivió.

Desde noviembre de 1986 hasta mayo del año siguiente, Esperanza Ferrer, nuestra sexta informante, se ocupó de la Subdirección de Enfermería del Hospital Maternal. Es una mujer de 60 años que nació en Valladolid pero, desde que recuerda vive en Valencia ya que fue adoptada por los que ella considera sus padres cuando tenía dos años. Su padre era funcionario y su madre se ocupaba del cuidado de su familia y del mantenimiento del hogar. La prescripción patriarcal ha considerado durante siglos que la mujer casada debe ocuparse del funcionamiento del hogar y del cuidado de sus miembros, dejando en la invisibilidad y en la falta de reconocimiento el trabajo que han desempeñado. Nuestra informante relaciona su interés por la enfermería con sus vivencias de los dos primeros años:

“Hay cosas culturales, antropológicas, que es posible que no podamos demostrar porque no son biológicas, pero que yo creo que influyen en la vida de las personas. A mí, las monjas de la caridad siempre me han atraído mucho. Son las que estaban en las Escuelas de ATS y yo creo que hay algo ahí relacionado con mi primera infancia, cuando estaba en un orfanato cuidada por esas monjas”²¹¹.

Estudió el Bachiller Superior en un colegio de monjas, La Pureza de María, pero cuando terminó tenía diez y seis años y su

²¹¹ Entrevista a Esperanza Ferrer, realizada en abril del 2013. En adelante nos referiremos a ella como EEF.

padre pidió una dispensa al Ministerio del Interior para que pudiera comenzar los estudios de ATS. Como sabemos, los requisitos exigían cumplir los diez y siete años durante el año de la matrícula y tener aprobada la reválida del cuarto curso de bachillerato: “Fui la más joven de mi promoción porque cuando terminé aún no había cumplido los veinte años”. Se inscribió para realizar las pruebas de acceso a las dos carreras cortas y más apropiadas para las mujeres según la mentalidad de la época: ATS y Magisterio. Fue admitida en la primera y ya no se presentó a la segunda opción. Por tanto, no fue la vocación lo que la impulsó a elegir una carrera, sino que la pasión por la enfermería vendría a lo largo de los años:

“Yo la verdad es que quería ser médica pero mis padres no lo podían pagar, eran de clase media baja y no podían afrontar algo que duraba tantos años. Por eso ATS era una carrera corta, ‘más femenina’. En aquellos momentos la formación de ATS estaba muy protegida y como yo soy hija única..., pues mis padres, me animaron a que lo hiciera”²¹².

Su paso por la matronería fue breve pero intenso. Trabajó en la asistencia privada y ocupó el principal cargo de enfermería en el Hospital Maternal La Fe. Su verdadera pasión es la docencia, a la que ha estado vinculada desde los primeros años, no solo como profesora, sino como Jefa de Estudios durante algunos años y como Directora de la Escuela de Enfermería La Fe, cargo que ocupa desde el 2004. Se considera una mujer de izquierdas y ha estado vinculada a personas que han ocupado cargos relevantes en el PSOE del País Valenciano.

²¹² EEF.

Nuestra séptima matrona entrevistada se llama Rosa Ribes. Nació y vive en Valencia y tiene 59 años. Es una mujer de izquierdas, militante del Partido Socialista y afiliada al sindicato Unión General de Trabajadores desde los primeros años de la década de los ochenta del siglo pasado. Sus padres eran de clase media alta. “Mi padre era pediatra y desde siempre me han gustado mucho los niños. Recuerdo que de pequeña jugaba a ser matrona, las otras niñas y niños eran médicos o enfermeras, pero yo era matrona”²¹³. Como cualquier persona con un compromiso político progresista, siempre se ha preocupado por mejorar la calidad de vida de las personas. Este compromiso lo ha aplicado desde su labor profesional, es decir, el ámbito sanitario –como enfermera y como matrona-.

La octava matrona entrevistada, Amparo Montoya, pertenece a otra generación. Terminó Enfermería en 1981 y obtuvo el título de matrona en el año siguiente. Tiene 3 hermanas y dos hermanos y su familia era de clase media. Su padre fue inspector de aduanas en el puerto de Valencia y su madre se dedicó a criar a sus seis hijos. Es una mujer de cincuenta y tres años que transmite firmeza y seguridad en sus reflexiones. Desde 1984 hasta 1988 estuvo de matrona en un hospital público de Almería. Cuando consiguió el traslado, llegó al recién construido Hospital Dr. Peset. Acababa de jubilarse la matrona que ocupaba el puesto de supervisora del paritorio y ninguna otra compañera quiso presentarse, de modo que nuestra informante aceptó el reto y durante dos años se ocupó de la gestión. Su planteamiento profesional no tiene fisuras: siempre deseó ayudar a las mujeres en el nacimiento de sus hijos y no ha dejado de formarse para

²¹³ Entrevista a Rosa Ribes realizada en febrero del 2013. A partir de ahora la citaremos como ERR.

ello. Podemos afirmar que ha sido una de las matronas valencianas pioneras en acompañar el parto sin dirigirlo, sin administrar medicación a no ser que fuera necesario por la presentación de alguna patología o de un problema en el transcurso del mismo. La elección de su profesión fue totalmente vocacional:

“Desde que era muy pequeña sabía que quería ayudar a traer niños al mundo y ayudar a las mujeres. Conforme me hice mayor, averigüé cual era esa profesión y como había que hacerlo. Hice Enfermería y al año siguiente la especialidad. Mi madre ha parido cinco hijos en casa y uno en el hospital y para ella el último parto resultó traumático porque ella no entendía parir a un hijo fuera del entorno familiar”²¹⁴.

En diciembre de 2012 realizamos una larga entrevista a la matrona que hacía el número nueve de nuestra muestra de profesionales que habían trabajado en el paritorio del Hospital La Fe durante algunos de los últimos treinta años del siglo XX. Su nombre es Ma José Miragaya²¹⁵ y tiene 49 años. Es la cuarta de cuatro hermanas, todas mujeres y su familia era de clase media. Su madre y su padre eran profesores de secundaria. Se considera católica, aunque no practicante, y es consciente de que su manera de entender la religión ha influido en su práctica profesional en el sentido de ayudarle a fomentar los valores humanos y a ser respetuosa con las opciones de los demás. Es una de las matronas que se ha mostrado proclive a mejorar su formación a lo largo de los años, a aplicar los conocimientos científicos avalados por los organismos nacionales e internacionales que han profundizado en

²¹⁴ Entrevista a Amparo Montoya realizada en septiembre del 2012. A partir de ahora nos referiremos a ella como EAM.

²¹⁵ Entrevista realizada en diciembre del 2012 a Ma José Miragaya. En adelante la citaremos como EMJM.

el tema del parto, la lactancia y a mejorar en todo lo que tuviera que ver con la comunicación con la gestante, tanto durante el embarazo como en el transcurso del parto. Cuando realizamos la entrevista hacía un año escaso que había perdido a su marido y, a pesar de ello, se mostró como una mujer emotiva y sensible, que aceptaba su duelo, pero que era consciente de que su trabajo era un compromiso interno con mejorar la vivencia que cada mujer ha de tener de su propio parto. Considera que escribir sobre la situación de las matronas, sobre la aceptación o rechazo de según qué medidas por parte de éstas, puede contribuir a completar la historia de la asistencia al parto, tomando en consideración varias voces y no solo la de los médicos.

La décima entrevista en profundidad la hemos realizado a una matrona que se formó en la segunda promoción de especialistas como matrona interna residente. Se llama M^a Carmen Fuertes²¹⁶, pero todos la conocen como Mayca. Nació en 1967 en una familia de clase media donde –como pasaba en la mayoría de hogares de la época– su madre se ocupaba del mantenimiento de la casa y del cuidado de los hijos y del marido, que se dedicaba a la hostelería. La vocación no fue uno de los elementos que la impulsó a formarse como enfermera, ni años después como matrona. Fueron diversas circunstancias las que la llevaron al mundo de la obstetricia, donde ejerce su trabajo en la actualidad en el paritorio del Hospital La Fe, aplicando –en lo posible– las recomendaciones que emanan de cualquiera de los organismos que han promulgado guías de atención al parto normal. También es profesora de la Unidad Docente de Matronas, donde se ocupa de los temas relacionados con su otra titulación, la Psicología. Es

²¹⁶ Entrevista a M^a Carmen Fuertes realizada en abril del 2013. A partir de ahora la citaremos como EMF.

una de las Tutoras de las residentes de la especialidad que están adscritas al Hospital La Fe. Ella estaba estudiando Psicología y en el tercer año de carrera coincidió con una amiga que estaba haciendo Enfermería y se sintió atraída por lo que escuchaba. Entonces, se matriculó en Enfermería y simultaneó el estudio de las dos disciplinas. Cuando terminó la formación empezó a trabajar como enfermera en una puerta de urgencias, porque entonces se hacían contratos temporales para sustituciones y se marchó a Madrid al hospital Gregorio Marañón. En aquellos años, antes de terminar ya sabían que había ofertas de trabajo en otras ciudades y recuerda que hubo compañeras que se marcharon a Córdoba. Tenía veintidós años y también quería salir de casa y sabía que Psicología no tenía tantas salidas profesionales. Después de trabajar un año en Madrid, cuatro años en el Hospital de Denia y un año en el Hospital Clínico fue conocedora de que, después de seis años, volvía a hacerse la especialidad y se preparó en una academia para la oposición de aquella primera promoción. Cuando se presentó por segunda vez en 1996 aprobó y se vino a Valencia.

De las treinta matronas que han conformado el resto de la muestra, añadiremos en cada una de las categorías analizadas la información que amplía o completa lo recogido hasta el momento, bien porque aporte alguna diferencia o porque refiera algún acontecimiento significativo que nos permita enriquecer o resaltar aspectos interesantes de las mujeres que han trabajado como profesionales de la atención a la mujer embarazada o en la asistencia de su parto o puerperio. Las nombraremos como 'entrevista 1, 2,... (E1), (E2), etc.

Estas entrevistas, de las cuales iremos extrayendo la información que sea pertinente para las categorías estudiadas son de clase social media y media baja. La mayoría de sus madres se dedicaban al cuidado de su propio hogar, por supuesto sin recibir

ninguna remuneración, y solo en cinco de las entrevistadas encontramos que percibían un salario porque trabajaban en el espacio público. Catorce de ellas quisieron identificarse ideológicamente como personas de 'derechas' y ocho de ellas como de 'izquierda'. La mayoría son de religión católica y siete de ellas quiso que constara que se consideraban objetoras respecto a la interrupción voluntaria de embarazo. Toda la muestra fueron mujeres que se formaron antes del Plan de Estudios de 1992, con lo cual solo necesitaban haber superado el bachillerato elemental, lo que pasó en diez y siete de las entrevistadas. Sin embargo, en trece de los casos, nuestras matronas tenían superado el bachillerato superior. La mayor parte de ellas había realizado estos estudios en la enseñanza pública. La carrera de ATS la cursaron en la Universidad pública veintitrés de las matronas entrevistadas y siete lo hicieron en Escuelas Privadas cuyo Plan de Estudios estaba acreditado por la Universidad correspondiente. Veintiuna de nuestras matronas solo han trabajado en hospitales, ocho lo han hecho en el hospital y en atención primaria, una de ellas trabajó en el domicilio, en hospital y en docencia. Catorce de nuestras entrevistadas han trabajado de matronas en el Hospital La Fe y las otras once en otros hospitales, tanto del País Valenciano como de otras regiones españolas.

4.3. Formación.

Como ya hemos explicado anteriormente, en 1953 se habían unificado las carreras de Practicantes, Enfermeras y Matronas mediante una Orden Ministerial²¹⁷ que se ocupaba del

²¹⁷ BOE 29 de diciembre 1953.

reconocimiento, del funcionamiento y de las normas de los estudios de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Hasta entonces, como ya hemos explicado, eran carreras separadas con dos años de duración cada una, que se podían hacer indistintamente, es decir, no era necesario ser practicante para ser matrona.

Este fue el caso de María (E26), una matrona jubilada que nació en 1926. Con veintiún años entró en el antiguo Hospital General para ser practicante y nada más terminar empezó la carrera de matrona. Estudió entre los años 1949- 1951, dos años durante los cuales se simultaneaban las clases teóricas y las prácticas, haciendo guardias de veinticuatro horas cada tres días. El hospital estaba a cargo de las monjas:

“Allí acudía gente que en su mayoría no tenía recursos y no podía pagar médicos ni medicamentos. La mayoría de los medicamentos caros, como los antibióticos, estaban guardados con llave en vitrinas o en armarios y las monjas mostraban bastante reticencia a que se administraran a prostitutas o ‘gente de mal vivir’, aunque los necesitaran. Yo buscaba momentos en que las monjas estaban distraídas y los cogía”²¹⁸.

La formación teórica la impartían los ginecólogos, de los cuales recuerda al catedrático, Don Francisco Bonilla. En su promoción se formaron ocho matronas y mientras hacían las prácticas se ocupaban de atender el puerperio inmediato, de pasar visita con los médicos, de repartir comidas y de realizar el trabajo que actualmente hacen las auxiliares de enfermería, que entonces no existían.

²¹⁸ E26.

Después de la unificación de las carreras, se promulgó otra Orden Ministerial que establecía las normas para el ingreso en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Era preceptivo tener superado el Bachillerato Elemental para poder iniciar la carrera. En esa circunstancia estaba la matrona Royo –que más tarde se iba a ocupar de las necesidades de personal y de organizar el funcionamiento de las distintas unidades del Maternal– que cuando acabó el Bachillerato tenía unos objetivos bien ambiciosos:

“Fui a la Facultad de Ciencias. El primer curso era común para Medicina, Farmacia, Biología y otras, se estudiaba Física, Química Orgánica e Inorgánica, Biología, Geología, Matemáticas, etc..., pero no se impartía la asignatura de Anatomía. La carrera de Medicina tenía una duración de siete años, pero antes había que superar primero. Yo estaba en una residencia y para mí aquello no era agradable porque había estado siempre en casa. Para mí era demasiado esfuerzo, tal y como yo había estado acostumbrada a estudiar. Si hubiera estudiado en un colegio, seguramente lo hubiera continuado porque la verdad es que era buena estudiante y tenía buenas notas. Así que no lo quise seguir y me volví a casa”²¹⁹.

A pesar de tener claro que quería estudiar, se resignó a volver a la protección de su familia. Su padre, como cabeza de familia, se informó sobre otras posibilidades y le propuso hacer una carrera más corta y menos exigente, la de ATS en la Escuela Diocesana. Tal vez impulsada por la decepción que había sufrido, aceptó la propuesta de una manera resignada y subordinada, impensable hoy pero relativamente habitual durante aquella época en una chica joven: “Mi tía era amiga de un profesor que daba

²¹⁹ EIR.

clases allí y yo le dije a mi padre que fuera él y que si le gustaba lo que veía allí, me matriculara”²²⁰.

La Escuela Diocesana estaba adscrita a la Universidad de Valencia y la carrera de ATS tenía una duración de tres años, durante los cuales se impartían clases teóricas y se hacían prácticas clínicas a diario en distintas unidades del Hospital General. Hasta que finalizaba el curso se permanecía en el mismo servicio. A pesar de que el periodo académico se iniciaba en septiembre, nuestra informante comenzó en enero, con una permuta especial debido a que tenía el Bachillerato Superior y el primer curso aprobado en la Facultad de Ciencias.

La formación de Isabel Royo era, por sus estudios previos, muy superior a la media de la de sus compañeras. Sin embargo comenzó con mal pie en sus prácticas clínicas ya que fue ubicada en el servicio de odontología. No soportaba las extracciones ni la cirugía bucal, por lo que estuvo tentada de abandonar. Su amistad, sin embargo, con una sobrina del jefe del servicio le permitió continuar. Eso sí, a costa de dedicarse a una labor muy poco relacionada con la enfermería: Él me dijo: He visto que te manejas muy bien con el hervidor, así que te quedas de electricista”²²¹.

No sería hasta tercer curso que nuestra matrona se encontró ante un parto. Fue en el Servicio de Ginecología del Hospital General, en Guillem de Castro. Allí, tras colaborar en dos proyectos de investigación tomando pruebas de saliva a hombres y mujeres para “dos tesis [doctorales] que [se] estaban haciendo para determinar el cromosoma X”, colaboró en quirófano como instrumentista: “Allí vi mi primer parto”. Su tercer año en la

²²⁰ EIR.

²²¹ EIR.

Escuela Diocesana coincidió con la Riada de Valencia (1957) “y todas las estudiantes acudimos a la Escuela para ver si podíamos ayudar de alguna forma”. Atendieron a tanta gente como lo necesitó en aquellos días terribles, en su caso desde el Colegio de Jesuitas en Fernando el Católico.

Sus recuerdos de los primeros pasos dados en la que luego sería su profesión vienen ligados al “Hospital General donde estábamos estudiando, que era [un edificio] del siglo XV o XVI”, en el que la sala de maternidad atendía tanto a las gestantes como a las púerperas. El paritorio “tenía una sala de dilatación con cuatro camas, tenía una farmacia que la manejaban las monjas, tenía una especie de incubadora que era muy rústica y sobre todo contaba con toda nuestra buena voluntad. Porque estábamos una alumna de segundo y una de tercero para llevar la maternidad”²²².

El funcionamiento interno de los centros asistenciales tenía abundantes deficiencias y el gobierno franquista se propuso subsanarlas mediante la puesta en funcionamiento de la Ley de Hospitales que se promulgó en 1962. Entre ellas cabe destacar las competencias y funciones de las y los profesionales que allí trabajaban, que en el caso del personal auxiliar sanitario estaba regido por monjas. Pero el personal religioso no permanecía en los centros durante muchas horas ya que se ausentaban en los tiempos de rezos y demás servicios religiosos, por lo tanto, podemos suponer que el cumplimiento del horario y otros menesteres era, cuanto menos, discontinuo. Así nos lo han confirmado diversos testimonios anteriores que ahora se reafirman con el de Isabel Royo:

²²² EIR.

"Sé que había una mujer de la limpieza que le faltaba algún dedo y se hacía cargo de *muchas cosas*, pero yo ya no la conocí. Había tres matronas que cobraban su sueldo, pero una de ellas sí que iba y las otras no. Y una persona sola no podía hacerse cargo de todo y estar todos los días. Entonces don Paco Bonilla pidió a la Escuela que mandaran estudiantes de ATS para hacer allí prácticas. Nosotras hacíamos frente a lo que viniera fuera un parto o una hemorragia. Allí no había médicos de guardia, había médicos pero no cobraban, iban voluntarios. Eran gente joven y nos formamos todos a la vez. Cuando acabé tercero me puse a estudiar para matrona. No tuvimos que hacer ningún examen de ingreso porque solo fuimos ocho"²²³.

El antiguo Hospital General, donde estaba ubicada la Facultad de Medicina, se ocupó de la docencia tanto de médicos como de matronas hasta el año 1957. A pesar de que en julio de 1952 se habían trasladado todas las instalaciones de la Facultad al Paseo de Valencia al Mar, desde 1949 hasta 1957 se dieron clases simultáneamente en los dos centros. Nuestra primera informante se formó en el hospital de Guillen de Castro nº 24, y recuerda con detalle cómo era el servicio de maternidad:

"Había cuatro o cinco partos diarios y eran de beneficencia, lo que se decía pobres de solemnidad, teníamos muchas mujeres prostitutas. En todos los hospitales antiguos y no tanto, tenían un torno y quien no quería o no podía mantener a su hijo lo ponía allí y le daban la vuelta al torno. La mujer que venía a parir allí y no quería al niño lo decía, se lo comunicábamos a la monja y lo dejaba allí para subirlo a la inclusa. El hospital tenía varias salas de traumatología, medicina interna y luego tenía un ala, que cruzaba un pasillo con habitaciones a ambos lados que era lo de *distinguidos*, que yo creo que eran personas que ingresaban por interés científico o porque eran conocidos de

²²³ EIR.

alguien y eso lo llevaba una monja. Luego bajabas unos escaloncitos y estaba lo que era la maternidad que daba a la calle Quevedo. Se llamaba San Ramón. Tenía unas camas sin separación, solo cabía una mesita de noche y venían las mujeres más pobres, porque la mujer que podía paría en su casa, bien porque lo podía pagar o porque la atendía la matrona municipal. Había un quirófano arriba y cuando teníamos que llevar a una mujer para una cesárea, había que subir primero unos escalones y luego subir una escalera estrecha. Era terrible lo que tenían que hacer los celadores para llevarla”²²⁴.

Otro testimonio de una de las matronas que estudió cinco años antes que Isabel Royo coincidió plenamente a la hora de explicar lo del ‘torno’:

“Tenía un torno que daba a la calle que hoy en día se llama calle del Torno. En dicho torno se dejaba a los recién nacidos para que las monjas los encontraran y les buscaran una familia que pudiera hacerse cargo de ellos. Había una campanita que las madres tocaban para que las monjas acudiesen antes de que otra persona se los llevara”²²⁵.

Con respecto a la docencia y a las enseñanzas recibidas nuestra matrona recuerda con precisión el nombre de todos los médicos que se ocupaban de ello. Las clases teóricas continuaban impartíéndolas los médicos como siempre se había hecho. Disponían de la autoridad científica incuestionable que les proporcionaba su titulación académica, pero también de la autoridad que les confería la sociedad, ya que como doctores formaban parte de la burguesía valenciana. Según datos extraídos del Anuario de la Facultad de Medicina de los cursos académicos

²²⁴ EIR.

²²⁵ E26.

1949-1950 y de 1959-1960, de treinta personas que formaban parte del equipo, solo una en el primer anuario y dos en el segundo son mujeres. De ese total de miembros que constan en dicha cátedra hay que tener en cuenta que algunos de ellos están formándose, lo que no garantizaba que después de obtener la titulación se quedaran en la cátedra. En aquel momento estaba el catedrático, dos profesores adjuntos y dos ayudantes de clases prácticas, el resto de los médicos de los cuales hay constancia estaban formándose y aparecen como médicos colaboradores. Años después obtuvieron la cátedra en otras universidades.

"Las clases se daban en la misma maternidad, en una salita. Nos las daba don Ignacio Martí que daba muy buenos apuntes. Creo que a clase íbamos unas tres veces por semana y hacíamos una guardia entera cada ocho días. Pero yo iba todas las mañanas, curábamos los perinés y bañábamos a los niños. Don Paco Bonilla, don Ignacio Martí y don Manuel Galbis pasaban visita todas las mañanas y aprendimos mucho. Yo les pedía libros porque no encontraba ningún libro que fuera para matronas y quería entenderlo todo, quería saber por qué se hacían las cosas, no quería ser solo una *manobre*. Luego nos hicieron un examen final"²²⁶.

El hecho de tener que trabajar con los escasos medios de que disponían hizo que tuvieran una relación de solidaridad profesional y de respeto mutuo, aunque la jerarquía hacia el catedrático y hacia el resto de los médicos era algo consustancial. Según se dice en el anuario de 1959 de la Facultad de Medicina de Valencia, en la cátedra de Obstetricia y Ginecología que ostentaba el Dr. Francisco Bonilla Martí, los profesores adjuntos eran el Dr. Ignacio Martí Álvarez-Osorio y el Dr. Vicente Salvatierra Mateu. Los

²²⁶ EIR.

ayudantes de clases prácticas eran el Dr. Manuel Galbis Pascual y el Dr. Luís Alfaro Martínez. Así lo recuerda Isabel Royo:

“Estaba el Dr. Alfaro que era el responsable de las prácticas y había otros médicos que venían todas las mañanas pero sin cobrar ya que entonces no había residentes y se llamaban asistentes. D. Vicente Salvatierra después sacó la cátedra de Granada y D. Manuel Galbis la de Cádiz. Ellos hacían partos particulares en las casas y en las clínicas y por eso sabían mucho de partos. Tanto Salvatierra como D. Manuel eran nuestros compañeros porque juntos pasábamos las vicisitudes. También D. Vicente Zaragoza se pasaba el día con nosotras, hacíamos trabajos de investigación juntos, les ayudábamos localizando las historias y recopilando los datos. Luego, los trabajos los publicaban con el nombre de D. Paco Bonilla o D. Manuel Galbis que eran los que tenían un nombre y podían publicar. Desde luego para nosotras D. Paco Bonilla y D. Ignacio Martí eran los *santones*”²²⁷.

La segunda de nuestras matronas, Paquita Mocholí, quien años después ocuparía la Subdirección de Enfermería, ya hizo su formación como matrona en el Hospital Maternal La Fe, en el curso 1972-73. Para la formación teórica ella y sus compañeras tenían que desplazarse hasta la Facultad de Medicina, en el Paseo de Valencia al mar.

“Era muy divertido. En aquella época, como hacían falta matronas en La Fe, mientras estábamos trabajando, es decir, en horas de trabajo, nos dejaban salir e ir al Hospital Clínico a las clases teóricas. Cogíamos un seiscientos, nos montábamos las 4 o 5 y nos íbamos allí. Las facilidades nos las daba la dirección del hospital, la misma Isabel Royo”²²⁸.

²²⁷ EIR.

²²⁸ EPM.

Como había necesidad de matronas para cubrir las plazas en el hospital, se facilitaba por parte de la matrona jefa que pudieran ausentarse durante esas dos o tres horas de clase teórica de su puesto de trabajo. Después, para realizar la formación práctica, estaban en paritorio por las tardes o por las noches. Las clases teóricas continuaron impartíéndolas los médicos de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina.

En el equipo de gestión de P. Mocholí estuvo Amparo Fabra, que había conseguido su título de matrona un año antes, en el curso 1971-72, mientras trabajaba como enfermera en una planta de cirugía del Pabellón Central. Fue un año duro, trabajando, estudiando y haciendo las guardias de matrona. Como no trabajaba en el maternal, no pudo beneficiarse de las salidas durante el turno de trabajo para asistir a clase y se vio obligada a cambiar muchos turnos con sus compañeras. Durante ese curso, las estudiantes de matrona realizaban un rotatorio por la sala de maternidad, haciendo los puerperios y también por alguna de las consultas, pero el grueso de la formación seguía centrándose en el paritorio del Hospital Clínico. En las guardias de paritorio coincidía con quien sería durante muchos años matrona titular, María Sastre, y afirma que era bueno coincidir regularmente con la misma matrona porque se impregnaba de su forma de trabajar y guarda un buen recuerdo de la relación que se estableció entre las dos:

“Las matronas del Hospital Clínico eran matronas- matronas. Eran mujeres de físicos corpulentos, de carácter fuerte, es decir, tenían como un perfil. Eso se ha ido perdiendo con el tiempo y ahora ya no existe ese estereotipo. Allí estaban María Sastre, Amparo Góngora, Pepa Llidó, Carmen Berti y otras. Un año antes habían estado Isabel Royo e Imelda Igual. Eran matronas

muy relevantes, trabajaban con los catedráticos y con los obstetras de allí, tenían mucha formación y lo hacían muy bien. Ellas se ocupaban de la parte práctica y los ginecólogos daban las clases teóricas. Nos enseñaron que la episiotomía no era selectiva y se tenía que hacer porque era la única forma de prevenir los desgarros... Cosa que ahora se sabe que no es así²²⁹.

La cuarta de las matronas que entrevistamos, Fina Segarra, estudió ATS es la Escuela Diocesana. Cuando su hermana terminó ATS comenzó a trabajar en la consulta de un médico que era el marido de la profesora de anatomía de la escuela, la Dra. Font. De este modo, sus padres que vivían en un pueblo cercano a la ciudad, optaron por comprarles un piso, al que la madre acudía cada semana para lavarles la ropa, dejarles comida preparada y, sobretodo, tener algo de control sobre las hijas. Cuando en 1967 finalizó la carrera, comenzó a trabajar en el ambulatorio de Juan Llorens como enfermera, de modo que entre su salario, el de su hermana y algo de ayuda de los padres pudieron mantenerse. Ese mismo año se matriculó para hacer la especialidad. Eran solo trece las que lo solicitaron ese año, por tanto, si cumplían el requisito de tener un buen expediente académico estaban admitidas. De profesores, seguían el Dr. Bonilla, el Dr. Martí, el Dr. Parrilla y el Dr. Diez y las matronas se ocupaban de las guardias de veinticuatro horas que las alumnas realizaban cada cuatro días. Aunque tomaban apuntes en todas las clases nuestra matrona se compró dos libros: *Obstetricia para Matronas*, publicado en 1949 cuyo autor fue el Dr. Orenge y años después *Obstetricia Práctica*, publicado en 1967 por W. Pschyrembel.

²²⁹ EAF.

Fina hizo las prácticas en el Hospital Provincial y coincidía con Rosa Lázaro y con Elena Martí. Esta segunda matrona titular, estando trabajando como matrona empezó a estudiar medicina y después se hizo ginecóloga. Desde entonces sus relaciones fueron algo distantes porque nuestra matrona no aceptaba de buen grado que después de estar toda la dilatación con una gestante, la entonces matrona, Elena Martí: "...como quería hacer méritos con los estudiantes de medicina, venía y decía que el parto lo iban a hacer ellos. Y yo me revelaba". Las estudiantes que realizaban sus prácticas en el Hospital Provincial hacían más partos que las que se habían quedado en el Hospital Clínico, pero estaban más escasas de instrumental, por tanto, "...cuando terminábamos un parto lo lavábamos y le poníamos alcohol, lo quemábamos y luego volvíamos a poner alcohol para que se enfriara y así lo esterilizábamos".

M. José Más (E23) se había formado como ATS en la Escuela del Hospital Clínico, pero las prácticas las había realizado en el Hospital Provincial. Cuando terminó, empezó a trabajar en el Hospital La Fe como enfermera y mientras estaba trabajando hizo la especialización de matrona. Consiguió el título en 1969.

"Hice las guardias en el Hospital Provincial porque también había hecho allí las prácticas de ATS. Para comenzar la especialidad no era necesario hacer ningún examen, solo tenías que tener un buen expediente académico. Pero no había problema para entrar. Años más tarde, ya se pedía un examen y valoraban exhaustivamente el expediente, pero en mi promoción no fue así"²³⁰.

²³⁰ E23.

La quinta de nuestras informantes, Pepi Alemany, estudió ATS en la Facultad de Medicina durante la promoción de 1963-1966. Cuando terminó se planteó hacer una especialidad y estuvo valorando entre hacer la de Pediatría, formarse como instrumentista de quirófano o ser matrona. Trabajó como enfermera en la planta de Traumatología dirigida por el Dr. Gomar y simultáneamente se especializó como matrona porque en esos momentos [y hasta el momento] era la única reconocida que tenía un puesto de trabajo específico. No hacía falta hacer un examen de selección previo, pues aunque venían ATS de otras ciudades, el número de estudiantes no superaba las veinticinco plazas que podían asumir los paritorios del Hospital Clínico y del Hospital Provincial. Oficialmente se hacían guardias cada ocho días pero ella iba al cuarto día para adquirir más práctica dentro de lo posible. Las clases teóricas seguían impartíéndolas el Dr. Bonilla, el Dr. Tortajada y el Dr. Torres. Las guardias eran de veinticuatro horas porque seguían el turno de las matronas titulares que les enseñaban la parte práctica y empezaban a las doce de la mañana, hasta las doce de la mañana del siguiente día. En aquellos años había una matrona por turno y la plantilla la formaban Amparo Góngora, Rosa Lázaro –que a los pocos meses se trasladó al Hospital Provincial y fue sustituida por Pepa Llidó, María Sastre, Pilar Costa, Carmen Berti e Isabel Royo. Esta última fue con la que coincidió durante su formación y que constituyó un referente para nuestra informante a lo largo de su vida profesional:

“Era una matrona con una exquisitez en el trato a las gestantes digna de elogio, respetándolas en todo momento, sin levantarles la voz. Te decía lo que tenías que hacer pero sin gritar y su

forma de hablar hacía que te llegara el mensaje. A mí me ha enseñado mucho en todos los sentidos”²³¹.

También coincidían con el mismo grupo de médicos internos con lo cual se estableció entre ellos una relación de amistad:

“Como éramos el mismo grupo que estábamos siempre, cuando hacíamos la primera episiotomía o ellos hacían la primera cesárea lo celebrábamos. Teníamos muy buen relación. Una relación excelente, eso sí respetando cada uno su papel, ellos eran los médicos y nosotras las matronas. Hemos seguido manteniendo la relación con sus mujeres, los maridos, los hijos...hemos ido a comuniones, a bodas. Yo, cuando veo a Pepe Mínguez me voy a darle un beso. Él se ha criado con nosotras y siempre ha respetado mucho nuestra opinión”²³².

El orden y la limpieza eran dos requisitos imprescindibles para ser una buena profesional. Y había que aplicarlo a la mujer en trabajo de parto cambiándole el travesero cuando estaba sucio, lavándola cada vez que fuera necesario o cambiando las sábanas para procurar el máximo bienestar a la mujer. Pero ese orden había que aplicárselo a una misma para estar impecable ante los ojos de la persona atendida. Para ello disponían de dos uniformes propios que se llevaban a la guardia por si se producía alguna mancha por el vómito de una mujer o se manchaban de sangre en el transcurso del parto.

La sexta matrona que hemos entrevistado para nuestro trabajo, Esperanza Ferrer, estudió ATS en la Facultad de Medicina de Valencia. Realizó las prácticas durante el segundo curso en Obstetricia y Ginecología y en el tercer curso en el quirófano de

²³¹ EPA.

²³² EPA.

ginecología. Allí conoció a los médicos que años después formarían la plantilla del Maternal de La Fe: Dr. Díez, Dr. Domenech, Dr. Hernández, un año más tarde. Nuestra informante se decidió a hacer la especialidad porque su padre la impulsó a ello. Sabía que su hija quería seguir estudiando y ya que no había podido sufragar los gastos que conllevaba una carrera más larga le apoyó en lo que pudo. Como se estaba desarrollando en el mundo profesional en el ámbito de la Obstetricia y la Ginecología parecía lo más natural y le hizo las reflexiones necesarias para convencerla.

En el curso académico de 1972-1973 hizo la especialidad de matrona mientras trabajaba de ATS en la planta de puérperas del Maternal. Ese fue el primer año que las estudiantes de matrona podían hacer sus prácticas en La Fe. Se llegó a un acuerdo entre el Jefe del Servicio de Obstetricia Dr. Monleón y el Dr. Bonilla, encargándose Isabel Royo de coordinar las prácticas, pero según nuestra informante desde entonces se ha mantenido una rivalidad entre los dos centros sanitarios:

"Parece que al Dr. Bonilla [hijo] no le hizo ninguna gracia. Si me preguntas mi impresión, te digo que a mí me parece que entre Don Paco Bonilla [padre], Don Manuel Galbis y Don Javier Monleón hubo una confrontación. Desde entonces, La Fe y el Clínico, siempre han tenido 'sus más y sus menos'"²³³.

Solo hacía un año que se había puesto en funcionamiento el Maternal de La Fe, pero era el hospital del País Valenciano donde más partos había y ese hecho fue aprovechado para que las estudiantes de matrona pudieran hacer sus prácticas. Como hemos dicho anteriormente, las seis o siete enfermeras que estaban

²³³ EEF.

trabajando en el Maternal, obtuvieron el permiso de la Matrona Jefa, Isabel Royo, para que pudieran ausentarse del trabajo durante las clases teóricas que seguían impartándose en la Facultad de Medicina. Se presentaba una solicitud, se añadía el expediente académico de la persona interesada y una foto. Nuestra informante salía del trabajo dos días a la semana para asistir a las clases y después recuperaba el horario utilizado para ello. Las clases teóricas continuaron siendo impartidas por los ginecólogos, ahora el Dr. Bonilla [hijo], el Dr. Tortajada y otros. Las prácticas se hacían mediante guardias de doce horas, únicamente en el paritorio. Las matronas se encargaban de que aprendiera todo lo relacionado con la dilatación, con el seguimiento de la parturienta, con la cumplimentación del partograma, con la forma de realizar los tactos vaginales, con la manera en que se debe efectuar la amniotomía, con la oxitocina que había que administrar y el ritmo adecuado. Esperanza Ferrer procuraba hacer coincidir sus guardias con Pepi Alemany porque siempre ha sido un referente para ella. Era una matrona con prestigio que trabajaba en la privada con los médicos que Ferrer había conocido en el Hospital Clínico y a la respetaban mucho:

"Yo procuraba cambiar para coincidir siempre que podía con Pepi Alemany, ella fue mi matrona de formación y ella hacía siempre las guardias con el Dr. Mínguez, el Dr. Doménech y el Dr. Hernández. Trabajaba con ellos en la privada y tenía mucho prestigio como profesional, tenía mucha autoría"²³⁴.

Inmaculada Coltell (E15), mientras trabajaba como enfermera en el Hospital Maternal La Fe hizo la especialidad de matrona y pudo realizar las prácticas en el mismo hospital:

²³⁴ EEF.

“Hacíamos una o dos guardias a la semana de siete horas cada una. Hice muchos partos pero, además, se nos exigía la cumplimentación de un ‘diario de prácticas’ que consistía en describir todo lo que hacíamos en cada guardia”.

Rosa Ribes, la séptima matrona entrevistada estudió ATS en la Escuela de la Cruz Roja en el curso académico 1972-1975. Desde hace años el edificio donde estaba dicha Escuela, se ha convertido en el Centro de Salut de Trinitat que, curiosamente, es el actual puesto de trabajo de nuestra informante. La cantidad de recién tituladas que aspiraban a realizar la especialidad de matrona había aumentado y desde 1976 había que superar una selección que pasaba por aprobar con buena nota un examen que, además de una parte de cultura general, tenía la mayor parte de su contenido sobre cuestiones relacionadas con la Obstetricia y la Ginecología. El Dr. Bonilla Musoles²³⁵ había obtenido su primera Cátedra en Cádiz en el año 1977, aunque continuaba vinculado con la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de Valencia, en la cual obtuvo el Magisterio al año siguiente. Continuó la labor de su padre, ocupándose de la formación de las matronas durante su especialidad, imponiendo una serie de criterios restrictivos que figuraban entre los requisitos de obligado cumplimiento. Entre ellos podemos destacar uno de los criterios explícitos: debido a que la especialidad duraba un año natural, cuando una de las estudiantes de matrona se quedaba embarazada, no podía tomarse la baja maternal si no quería perder el curso. Pero también había otro criterio, digamos implícito que, acorde con la mentalidad de los años finales del franquismo, todavía tenía buena

²³⁵ Nos referimos a Fernando M. Bonilla Musoles, hijo del anterior titular de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Valencia al que nos hemos estado refiriendo en las entrevistas anteriores.

parte de la sociedad de nuestro país: La profesión de matrona debe ser desempeñada por mujeres.

“Muchos chicos que habían terminado ATS también se presentaron al examen sabiendo que no iban a ser aceptados porque Don Fernando Bonilla así lo determinaba. Algunas compañeras matronas de ahora, también estudiaron conmigo en la Promoción de 1977-78. Mientras hacías la especialidad no se podía tomar la baja maternal y recuerdo a Caty Martínez que parió y a la semana ya se había incorporado a clase y a las guardias para que no la tiraran”²³⁶.

Empezaba a hacerse evidente una contradicción que subyacía dentro de la carrera unificada de ATS. Anteriormente, los practicantes –casi en su totalidad varones- que ejercían en las áreas rurales se ocupaban de asistir los partos cuando no había matrona en la localidad. Incluso dentro del programa de su formación ‘la asistencia al parto normal’ estaba contemplada como uno de los temas de los que debían examinarse. Las personas de la calle entendían que los practicantes eran semi-médicos, con lo cual dejaban de lado las prescripciones sociales que existían para la exploración del cuerpo femenino y lo aceptaban como una necesidad. Cuando a mitad de los años cincuenta del siglo pasado se hizo efectiva la unificación de las carreras de Practicante, Enfermera y Matrona se puso en evidencia la feminización de la profesión, siendo muy inferior el número de varones que elegían la profesión de ATS antes y de DUE después, al de las mujeres. Aunque los datos consultados en el INE solo están disponibles desde 1977, podemos afirmar que las cifras se mantuvieron muy similares en cuanto al porcentaje de varones en la profesión. En

²³⁶ ERR.

1977 el número de DUE varones suponían el 20% del total de la colegiación y el de matronas del 4,5%. En el año 2000 el porcentaje de enfermeros colegiados era del 19,5% y el de matronas el 5% (INE, Profesionales Sanitarios Colegiados, 1977 y 2000).

En cuanto a las clases teóricas, no se habían producido cambios. Se realizaban varios días a la semana en la Facultad de Medicina y eran impartidas por los ginecólogos de la Cátedra: el Dr. Ferrer, el Dr. Santonja, el Dr. Tortajada y otros. Se estudiaba con apuntes y después cada persona ampliaba o aclaraba lo recibido en el aula con sus propias consultas bibliográficas. En el caso de nuestra informante tuvo que utilizar la tecnología de la época para recopilar todo lo que se explicaba en la tarima:

“Yo fui de las primeras que me llevaba un casset para grabar las clases y luego transcribirlas porque muchos de los días acudía a clase después de salir de trabajar en el turno de noche. Se estudiaba por apuntes, aunque recuerdo haberme comprado el libro de Obstetricia Práctica de Pschyrembel, que era un clásico que se había publicado en 1967, creo recordar”²³⁷.

En 1976 se había terminado el convenio que permitía realizar la parte práctica de la especialidad en el Hospital La Fe y, seguramente, por las desavenencias que surgieron entre los Catedráticos de los dos hospitales, Clínico y La Fe, no volvieron a realizarse prácticas clínicas de matrona hasta que en 1996 –en el caso del Hospital La Fe–, se volvió a asumir con el nuevo Plan de Formación y como Enfermeras Internas Residentes. Durante los años anteriores, las distintas promociones alternaban su estancia estando los primeros seis meses en un hospital (Clínico o General)

²³⁷ ERR.

y los seis siguientes en el otro. Rosa Ribes estuvo el primer período en el Hospital General y coincidió en sus guardias con dos matronas que ejercieron una enorme influencia en ella por su forma de tratar a las mujeres: Ana Martínez y Rosa Lázaro. Allí había un elevado número de partos y adquirían mucha seguridad, aunque con una tecnología escasa.

“Había mucho trabajo de batalla [sic] y se aprendía mucho. Pero no había bombas de perfusión, había solo uno o dos monitores pero no se utilizaban. Allí trabajábamos con la mano y con la trompeta [sic]. Vaya cosas...Allí vi el primer prolapso de cordón, entró por urgencias y de allí a quirófano. Entonces las estudiantes de matrona también pasábamos a quirófano”²³⁸.

El segundo período estuvo en el Hospital Clínico y coincidió con Amparo Góngora, con Pilar Costa y con Carmen Huertas. Esta última, que también ha sido entrevistada, era una matrona más joven que en aquellos años trabajaba por las mañanas en paritorio como refuerzo y también con ella se sintió muy acogida. No solo porque era una matrona de otra generación, sino porque se implicó directamente en la docencia, aportándole el interés por consultar las publicaciones científicas y porque le transmitió la capacidad de empatizar con las mujeres de parto. En cuanto a la tecnología utilizada hubo un cambio significativo con respecto a su primer período de práctica clínica: “Luego en el Clínico ya pasamos a los Hewlett Packard²³⁹, al boom [sic] de los primeros Ph²⁴⁰ con el Dr. Santonja, a la colocación del electrodo interno²⁴¹, etc...”²⁴²

²³⁸ ERR.

²³⁹ Es el nombre comercial de la empresa que fabrica los monitores cardiotocográficos.

Nuestra octava informante se formó como Diplomada Universitaria de Enfermería (DUE) en la primera promoción que se realizó en el Hospital General. En 1982 obtuvo el título de Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Desde hacía cuatro años ya no era tan fácil acceder a la especialización como había sido el caso de nuestras anteriores matronas entrevistadas. Había que presentar la solicitud con el expediente académico pero, además, había que superar un examen eliminatorio que constaba de dos partes que hemos detallado en la entrevista anterior. La duración seguía siendo de un año completo, es decir, se empezaba en septiembre de un año y se concluía en septiembre del siguiente. Había que firmar un documento en el cual la persona se comprometía a que durante el tiempo que duraba la especialidad no podía trabajar ni realizar otra especialidad. Según A. Montoya:

“La verdad es que era imposible. Se hacían mañanas fijas de prácticas, de 8 a 15, y se pasaba por Consultas Externas, por Quirófano, por las salas de Obstetricia y Ginecología. Cada diez días se hacía una guardia de veinticuatro horas en el paritorio del Hospital Clínico. Las clases teóricas eran de dos horas y tres veces por semana durante las tardes”²⁴³.

²⁴⁰ La determinación del Ph es una técnica utilizada para detectar la pérdida de bienestar fetal. Consiste en realizar una microtoma de sangre de la calota fetal durante el período de dilatación.

²⁴¹ La monitorización de la frecuencia cardiaca fetal puede realizarse de manera externa, a través de un transductor que se coloca en el abdomen de la madre; o interna, mediante la colocación de un electrodo en espiral que se coloca directamente en el cuero cabelludo fetal o en otra parte de la piel.

²⁴² ERR.

²⁴³ EAM.

A pesar del paso de los años, la estructura jerárquica seguía manteniéndose y los ginecólogos (varones) –Dr. Martínez, Dr. Martínez Boscá, Dr. Bonilla [hijo], Dr. Pardo, eran los que se encargaban de impartir la teoría. Se estudiaba con apuntes tomados en clase y después se buscaban libros de consulta. Cada tres meses se realizaba un examen y al final también se hacía una prueba para valorar la destreza práctica. Nuestra matrona disfrutó intensamente de las guardias porque la matrona con la que hacía las guardias tenía mucho prestigio profesional. El testimonio de Amparo Montoya no deja lugar a dudas:

“Yo tuve muchísima suerte porque me tocó con Pepa Llidó que era una excelente matrona, tanto a nivel profesional como personal. Para mí fue una persona muy significativa. Sabía lo que hacía, entendía muy bien a las mujeres, era muy paciente y muy poco agresiva. Era muy precisa y sabía detectar un cambio de un milímetro y además te lo sabía enseñar”²⁴⁴.

Nuestra novena informante no es una matrona vocacional sino que piensa que, en ocasiones, la casualidad hace que la vida de un giro y te sitúa en el camino correcto. Cuando estaba haciendo el Curso de Orientación Universitaria (COU), tenía la convicción de estudiar Medicina. Durante los días de la preparación del Selectivo tuvo un grave accidente que impidió que pudiera obtener la nota necesaria para matricularse en la carrera que previamente había decidido. Durante la reflexión que se vio obligada a hacer, se dio cuenta de que el objetivo que ella se marcaba como profesional era ayudar a los demás y estaba más vinculado con la Enfermería que con la Medicina: “Elegí bien mi

²⁴⁴ EAM.

profesión. Puedo decir que me hace muy feliz y que si no hubiera sido por mi grave accidente me hubiera equivocado”.

La carrera de DUE la hizo en la Escuela de Enfermería de la Universitat de València, terminando en 1984. Durante las prácticas clínicas coincidió en diversas unidades que tenían relación con la salud de la mujer: en Quirófano de Ginecología y en Lactantes. Mientras estudiaba la carrera tuvo la oportunidad de relacionarse de manera muy cercana con el parto y la crianza, debido a que sus hermanas empezaron a tener hijos y ello la emocionó. Además, hubo otro hecho que influyó definitivamente en su deseo de convertirse en matrona, el buen hacer del Profesor Donat impartiendo las clases, y que nos relata de la siguiente manera:

“El Profesor Paco Donat me hizo amar la Obstetricia, aquello me encantaba y saqué una Matrícula de Honor. Nada más acabé la carrera me inscribí para hacer la especialidad. Pero ese año no lo conseguí, lo que supuso para mí una gran frustración. Entonces el sistema de selección estaba controlado por el Profesor Fernando Bonilla y constaba del currículum y la foto que entregabas”²⁴⁵.

En aquella promoción, que fue la penúltima antes de la nueva formación, es decir, como Enfermeras Internas Residentes, adscritas laboralmente a un Centro Hospitalario tras haber realizado una dura oposición estatal, ya era de difícil acceso conseguir una plaza para ser estudiante de matrona. Corrían rumores entre las aspirantes de que era necesario tener, además de un excelente expediente académico, una buena recomendación. Nuestra informante tuvo una mala experiencia:

²⁴⁵ EMJM.

“Me dediqué a buscar una red clientelar que me apoyara y luego fui a protestar porque había entrado gente con un expediente peor que el mío. Como no he tenido nunca el don de la oportunidad, me contestó que ese año habían decidido hacer una ruptura ejemplar y tirar las inscripciones de las personas que tuvieran ‘enchufe’ y yo lo tenía. Nunca más en mi vida he buscado enchufe, todo lo he conseguido por mis propios medios y en aquella ocasión fue porque ‘la vox populi’ en Valencia decía que sin recomendación era imposible entrar y por eso lo hice”²⁴⁶.

La especialidad seguía los mismos patrones que venimos comentando hasta ahora: clases teóricas impartidas por ginecólogos, se estudiaba con apuntes, con escasas referencias bibliográficas. Se formaba a las matronas específicamente para trabajar en el paritorio, según nuestra informante “Era como una Formación Profesional”:

“Era como una formación general en aquellos momentos. Era retener lo que te contaban. Después, la formación enfermera y demás, ya se ha planteado de otra manera, relacionando, buscando bibliografía, haciendo trabajos científicos. Y esto son factores que ayudan a que evolucione una profesión. Entonces nos examinaban de los datos que hubiéramos retenido de los apuntes de clase”²⁴⁷.

Las matronas seguían ocupándose de la formación práctica en el paritorio. Las estudiantes también pasaban por Planificación Familiar y hacían un pequeño rotatorio por lo que entonces se llamaba Preparación al Parto, pero en el caso de Miragaya la experiencia no fue satisfactoria, al menos en el segundo período,

²⁴⁶ EMJM.

²⁴⁷ EMJM.

cuando estuvo en el Hospital Clínico. Las guardias se hacían cada cuatro días y le correspondía, por lo general, con las mismas matronas: Amparo Góngora, Carmen Berti y Joaquina Oscoz. “Muchas veces preguntabas el porqué de algunas cosas que se hacían y te contestaban que porque sí, porque toda la vida se había hecho de esa manera. No había explicaciones de tipo científico y no venían bien las preguntas”. Las matronas ya se habían hecho mayores y habían perdido el interés por la formación de las siguientes generaciones que iban a ejercer la matronería. El trato era muy distante y en la última guardia, antes de acabar la formación, tuvo un pequeño incidente que le hizo estar a un paso de tirarlo todo por la borda y marcharse. Este fue su testimonio:

“Las matronas te trataban como a una subalterna en todos los sentidos, estabas a punto de ser matrona y te trataban de niñata [sic], de inepta. Yo consideré que incluso eran vejaciones de carácter personal. Tuve la suerte de que mi compañera de guardia, que era más reflexiva que yo, me convenció para que aguantara porque era la última guardia. Pero la verdad es que estaba saturada por la forma en que me trataban allí”²⁴⁸.

Esta compañera que durante la formación hacía con ella las guardias ha sido la primera persona significativa profesionalmente en su vida. Entonces tenía una actitud tranquila y respetuosa con los demás que mantuvo después como profesional de la asistencia a los partos, donde ha ejercido en un Hospital de Mallorca, haciendo partos de manera natural.

Afortunadamente, la primera experiencia en la práctica asistencial a los partos la había desempeñado en el Hospital Provincial y había disfrutado del ambiente de aprendizaje.

²⁴⁸ EMJM.

Coincidió con Ana Martínez –otra de nuestras entrevistadas-, M^a José Valls y M^a José Palacios como matronas tituladas en sus guardias. Había más número de partos que en el Clínico y una visión más natural del proceso, menos encorsetada de lo que vio después. Allí se atendía a mujeres de la Beneficencia y a otras que tenían Seguridad Social, pero había pocas inducciones y estimulaciones porque las mujeres ya acudían cuando la dilatación había comenzado. Eran matronas más jóvenes, con ganas de hacer cosas distintas y el trato era mucho más cercano y afable que lo fue meses más tarde en el segundo período.

Como hemos dicho en la presentación, nuestra décima informante se formó en la segunda promoción (1996-98) de Enfermeras Residentes de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología en Valencia. Cuando se había retomado la especialidad en la promoción anterior, se acreditó el IVESP como institución que iba a ubicar la Unidad Docente de Matronas de la llamada Comunitat Valenciana. Como directora de la misma nombraron a Clara Moreno que permaneció como titular del cargo hasta 1997. La sustituyó la que actualmente sigue ocupando la dirección de la Unidad Docente, Laura Fitera, que en aquella segunda promoción había estado como coordinadora durante el primer año. Este cambio fue vivido por las residentes tal y como nos relata Mayca Fuertes:

“Como residentes no lo vivimos de manera traumática porque Laura había sido la mano derecha de Clara y se veía venir porque “Laura ocupaba mucho espacio” y se veían movimientos. Pero era verano y casi ni nos enteramos. La formación eran dos años y yo elegí el Clínico como residente de allí”²⁴⁹.

²⁴⁹ EMF.

Durante las primeras promociones las encargadas de impartir las clases teóricas eran en su mayoría matronas asistenciales que habían tenido que realizar cursos sobre didáctica de la enseñanza para tener los recursos suficientes que les permitieran poder enfrentarse a subir a una tarima con cierta soltura. Pero al pasar los años, la presencia de las matronas ha ido disminuyendo ostensiblemente en el porcentaje del claustro del profesorado de la Unidad Docente. En Valencia, con el beneplácito de la directora -seguramente presionada por los jefes de servicio de las unidades donde las residentes realizan sus prácticas asistenciales- los profesionales médicos son los que se ocupan de todos los temas que abordan la parte patológica del proceso. Este cambio paulatino ha sido considerado como un retroceso, no solo por parte de las matronas, sino también por las mismas residentes. Esta es la reflexión de Mayca Fuertes que lo vivió como residente y lo percibe ahora como profesora:

"En esa promoción en las clases teóricas había muchas matronas dando clase, yo diría que casi el 100 por 100. Excepto en algunas clases específicas como embriología, anatomía y alguna más, todo eran matronas. Eran matronas que, en general, no habían impartido docencia nunca, eran matronas asistenciales, con una formación teórica que es la que había en la época en que ellas se formaron y tenían unos recursos didácticos limitados. Mirándolo ahora, me doy cuenta que eran matronas que transmitían sus conocimientos, lo que ellas vivían en el día a día y tal vez les faltaba soltura para transmitirlo, para ponerlo en un papel, pero lo que contaban era real. Supongo que para ellas significó un esfuerzo enorme conquistar un terreno para el que hasta entonces no habían sido preparadas, pero tenían una voluntad enorme y una gran capacidad de

trabajo para llevarlo adelante. Ahora la docencia a las residentes de matrona en un 80% la dan los médicos y es un retroceso”²⁵⁰.

Efectivamente las que más saben de la anatomía, de la fisiología y de la manera de atender a una mujer durante el embarazo y el parto son las matronas. Y en los últimos años ha disminuido paulatinamente el que sean estas profesionales las que tengan la responsabilidad de formar a las que serán sus sucesoras. Pero la filosofía de la Unidad Docente la imprime la dirección de la misma y, como ejemplo diferente al de nuestra comunidad, en la Unidad Docente de Catalunya son las propias matronas las que imparten todas las clases teóricas, sin quitarle la vertiente científica, porque las matronas para preparar una clase realizan las búsquedas bibliográficas de la misma manera que los médicos.

Como ya hemos apuntado, la especialidad dura dos años completos y la formación es exhaustiva²⁵¹: “Nosotras no hacíamos exámenes, creo que fue una o dos promociones posteriores cuando se empezó a hacer exámenes. Desde mi punto de vista nuestra formación ha sido muy completa, tocábamos todos los puntos relacionados con la Obstetricia y con la Ginecología”.

En cuanto al rotatorio de prácticas clínicas nuestra informante estuvo en el Hospital Clínico, en el Centro de Salud de Aldaya y en el Centro de Orientación Familiar del Hospital Dr. Peset. En el paritorio se realizaba un rotatorio, con lo que tuvo la

²⁵⁰ EMF.

²⁵¹ La inclusión de la investigación como un módulo docente específico en el Plan de Estudios que comenzó a impartirse en 1994 y la exigencia de realizar un trabajo de investigación como requisito *sine qua non* para obtener el título de Matrona, es uno de los avances académicos más importantes porque han permitido situar esta especialización de Enfermería a la altura de la especialización de Medicina.

oportunidad de trabajar con todas las matronas de la plantilla. De nuevo, como hemos podido comprobar cuando hemos hablado del paritorio de La Fe, había dos tipos de matronas: las más antiguas en la plaza que habían dejado de interesarse por contribuir a la formación práctica de sus residentes y que no estaban dispuestas a mostrarse más agradables que lo que impone la cortesía. Nuestra matrona lo expresa con cierta dosis de ironía:

"Las matronas que estaban allí eran las de toda la vida "las doñas", las matronas de antes, de mucho empaque, que por su trayectoria, sobre todo en asistencia privada, tenían mucho peso. De entrada, estaban en contra de asumir ningún tipo de docencia, con lo cual no facilitaban en nada tu estancia en el paritorio. Relación de compañerismo no había. Tú eras un "ente" que no iba a recibir ningún tipo de docencia de ellas y que intentabas pasar lo más desapercibida que podías. Eras una "chiquita" que estaba por allí y que encima, a diferencia de cuando ellas estudiaron, cobraba. No les venía nada bien. Ellas gozaban de una sabiduría que no iban a transmitir. Tú estabas allí y veías "cosas", movimientos extraños y sabías que te habías perdido algo que te hacía imposible entender el resultado. Se ponían de espaldas para cargar la medicación. Y eran muy atrevidas porque yo me preguntaba "¿Cómo se puede hacer en 5 minutos una dilatación de 3 cm a completa?". Se abrían ampollas y yo no entendía nada y pensaba "ya lo entenderé cuando sea mayor"²⁵².

Pero también estaban las matronas que sin ser mayores ya tenían cierta edad y habían recibido las modificaciones que se habían producido en la formación como la consecución de algo que habían estado reclamando durante años. Ello fue percibido

²⁵² EMF.

perfectamente por las residentes que se esforzaban por adaptarse a las primeras y disfrutar y aprender con las segundas:

"Había una mínima parte de la plantilla que te echaba una mano, que te formaba, que estaba contigo. Eran las modernas, de otra generación, que no hacían privada y tenían otra filosofía de vida. Te hablo de Carmen Huertas, de Aurora, que estaban convencidas de que este era un colectivo a trabajar y a salvar y que estaban encantadas de que después de 8 años volviera a retomarse la especialidad. Estaban atentas a los objetivos, a la unidad docente, a que recuperáramos el terreno perdido, a no ser "la matrona de", a no poner cafés, a no la sumisión, a defender la autonomía. Ellas también defendían la concepción "residente de matrona", es decir, que ya llegabas con un bagaje de enfermera"²⁵³.

Carmen Sánchez (E1) nació en Madrid y allí se formó como ATS en la Escuela de la Cruz Roja en la promoción 1964-67, donde nos detalla las diferencias que apreció en cuanto a las asignaturas que tenía el Plan de Estudios, porque en su Escuela solo eran mujeres:

"Allí se estudiaba interna. Había diferencias entre las asignaturas que estudiaban los hombres y las mujeres que cursábamos la misma titulación y en la Cruz Roja eran muy estrictos en el control sobre nosotras. Teníamos un asesor religioso que era el que nos daba religión, pero además se ocupaba de la moral y el espíritu de las alumnas. Cuando terminó el tercer curso tuvimos que hacer dos exámenes, primero uno en nuestra Escuela y después otro en la Facultad de Medicina"²⁵⁴.

²⁵³ EMF.

²⁵⁴ E1.

Salvadora Piñar (E3) nació en Jaén, siempre ha estudiado en centros públicos. Estudió ATS en el Hospital Clínico de Jaén, pero después tenían que desplazarse a Granada para examinarse en la Facultad de Medicina. Su experiencia en la realización de técnicas propias de la profesión es muy amplia porque además de sus rotatorios "Cuando había mucho trabajo en el hospital pedían voluntarias para ir. Cuando teníamos exámenes, nadie queríamos ir pero nos sentíamos un poco obligadas por las profesoras. Lo bueno es que salías muy curtida". Después de terminar ATS se trasladó a Valencia y se matriculó en la especialidad de pediatría que duraba dos años y en un curso de Puericultura de nueve meses. Con esta formación consiguió plaza de ATS en la unidad de infecciosos, en Pediatría del Hospital Infantil de La Fe. Pero ella quería ser matrona. Su abuela y su bisabuela habían sido parteras tradicionales, sin formación, que aprendían unas de otras acompañando a la partera del pueblo. Antes de estudiar la especialidad de matrona tuvo a su primer hijo y en el momento del parto se produjo una situación digna de relatar:

"Cuando yo trabajaba en pediatría aprendí mucho. Nosotras intubábamos y reanimábamos a muchos niños, porque desde que avisabas hasta que llegaba el pediatra podía pasar un tiempo. Ahí me casé y tuve mi primer hijo. El parto lo hizo el Dr. Mompó y el niño estaba en posterior, fue un expulsivo largo y encima llevaba una circular apretada. Mientras localizaban al pediatra, me levanté del potro y me puse a reanimarlo yo"²⁵⁵.

En el curso 1977-78, nuestra informante (E3) realiza la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona), tras superar el

²⁵⁵ E3.

examen de ingreso que como era habitual constaba de dos partes: una relacionada con temas estudiados a lo largo de la carrera y otra, que se refería a temas de cultura, actualidad política, etc. A finales de los setenta las clases se impartían en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de Valencia, tenían una periodicidad de diez horas a la semana y continuaban impartíéndolas los ginecólogos. La asistencia era obligatoria y se hacían exámenes trimestrales y después uno final. Todavía no se había promulgado la ley que permitió a los ATS varones poder hacer la especialidad, pero lo que se decía entre las matronas era que “el Dr. Bonilla se negaba y las matronas que formaban parte de la directiva del Colegio no querían hombres”. En cuanto al rotatorio de prácticas se hacían seis meses en el Hospital Clínico y seis en el Hospital Provincial. Todavía se insistía en inculcar a las estudiantes que realizaran su trabajo con la máxima asepsia por dos razones. En primer lugar, porque aún no se había borrado de las mentes de los profesionales sanitarios la cantidad de muertes por infección puerperal que se habían producido hasta dos décadas anteriores y en segundo término porque, sin embargo, no estaba interiorizada por estos mismos profesionales una forma de trabajar que estuviera exenta de transmitir infecciones, incluso, dentro del mismo hospital: “Lo que más recuerdo es lo mucho que se insistía en la asepsia. Venía la auxiliar de enfermería a lavar los genitales a la señora y te ayudaba a colocarte el guante estéril cada vez que tenías que hacer un tacto”. Lo normal es que al pasar por el Hospital Clínico se aprendía más teoría aplicada al parto, pero se asistían pocos. En cambio, el rotatorio por el Hospital Provincial era de más trabajo porque como ya hemos escrito anteriormente, las mujeres acudían ya en periodo activo de parto y además de las que tenían seguridad social, también acudían las que no tenían recursos ‘las de beneficencia’.

En el año siguiente al de nuestra anterior entrevistada, 1979, obtuvo el título de Enfermera Especialista en Asistencia Obstétrica y Ginecológica: Matrona, Natividad Chacón (E22), que trabajó como matrona en la sala de ginecología del Hospital Clínico durante catorce años y después consiguió el traslado al paritorio, donde lleva veinte años. Su testimonio es similar al de nuestra informante E3, aunque nos aporta un dato más sobre los rotatorios de las promociones de finales de los setenta: se pasaba un mes por la sala de ginecología y otro mes por la policlínica. Las guardias se hacían cada diez días, tanto en el Hospital Clínico como en el Hospital Provincial. En cuanto a los libros que utilizó, añade un título que en aquellos años se convirtió en un texto imprescindible –tanto las matronas que estaban trabajando como las estudiantes de la especialidad- porque era un manual de cardiotocografía y tenía registros analizados (Santonja, Martínez González, Bonilla Musoles, (1975).

Otra de nuestras informantes, Carmen Camacho (E8) obtuvo el título de matrona en 1975 y estudió en la Casa de Salud Santa Cristina²⁵⁶, en Madrid. Allí las estudiantes estaban internas durante un año y las monjas eran las que tutelaban sus prácticas.

²⁵⁶ Se inauguró en 1924 la entonces llamada Escuela de Matronas y Casa de Salud Santa Cristina. Tenía por finalidad el “alivio de mujeres desvalidas y enseñanza teórica y práctica de Matronas”, en una época en la que la asistencia al parto se realizaba fundamentalmente por “comadronas” en el domicilio de la parturienta. Con su presencia, la reina Victoria Eugenia pretendía inducir que toda la sociedad adoptase la costumbre de acudir a una maternidad para tener sus hijos. Para ello solicitó la ayuda de la nobleza y les pidió a las mujeres embarazadas que acudieran a la Casa de Salud con la fundada esperanza de que el resto de la población siguiera el ejemplo. A mediados del siglo pasado el hospital pasó a depender del Ministerio de Educación y Cultura hasta 1987 en que se integró en la red sanitaria del INSALUD, siendo desde entonces Hospital de Referencia para la Especialidad de Obstetricia y Ginecología.

En cuanto a la distribución de las distintas plantas del edificio nuestra informante recordaba que en la segunda planta había tres zonas diferenciadas: una para las mujeres 'con posibles', a las que –en el momento del expulsivo- se les administraba una mascarilla con éter; otra para las pobres y una zona para las que habían sido sometidas a una cesárea. La identificación de los recién nacidos se realizaba poniéndoles una chapa numerada que había en la caja de instrumental y se la colgaban en el cuello con una cadena. No había cortinas de separación entre una cama y otra. En la tercera planta estaban las aulas donde se impartían las clases y en la quinta, el internado donde pernoctaban las estudiantes.

Marisa Monzonis (E29) nos amplió información respecto a este centro según recordaba de la experiencia que ella misma había vivido. Aunque había nacido en Segorbe, un pueblo de Castellón, fue su padre -que era pediatra-, el que tomó la decisión de que estudiara en Santa Cristina porque "consideraba que era la mejor escuela de matronas del país en esa época". Como hemos comentado, el hospital estaba regentado por monjas y la enseñanza la dirigían los ginecólogos. En aquellos años tenían un monitor cardiotocográfico que se utilizaba solo en partos con problemas, como en el caso de que se presentaran aguas meconiales. El resto de los partos se controlaban escuchando la FC del feto con el estetoscopio de Pinard antes y después de las contracciones y la intensidad de las contracciones se controlaba poniendo la mano en el abdomen y palpando la dureza del músculo uterino. Los tactos se hacían rectales en vez de a través de la vagina. "El cordón del bebé se ligaba con un cordonete y se curaba con una gasa impregnada en alcohol y enrollada en el cordón. Se recomendaba fajar a los bebés una vez secado el cordón o bien mantener una gasa apretada durante una semana". No existían bombas de perfusión para la administración de

oxitocina y el ritmo de la perfusión se controlaba contando las gotas que caían por minuto. Como no existían ecógrafos, cuando un feto parecía ser grande se realizaba una pelvimetría a la madre y una radiografía para ver la posición del mismo.

Como era un centro privado, había que ingresar mensualmente lo estipulado para la manutención de cada alumna. Pero, según nuestra informante: "La comida era escasa, a todas nos enviaban nuestras familias comida porque pasábamos hambre. Por la noche, era frecuente que fuéramos a la habitación de otras compañeras preguntando si tenían algo de comer, conservas, pan, fruta en almíbar, dulces...". Tenían clase todas las mañanas y por las tardes trabajaban en el hospital. Cada noche, una o dos de las estudiantes se quedaban de guardia. Cuando querían salir del centro, tenían que hacerlo todas juntas: "les decíamos a las monjas que íbamos al cine y fuera del hospital nos dispersábamos cada una por su lado. Al regreso, volvíamos a quedar para volver juntas al hospital". En el año 1971, cuando nuestra informante hizo la especialidad, empezaron a tener en el centro a residentes médicos de ginecología y obstetricia. El Dr. Vallejo, uno de los profesores, en verano les daba clases de preparación al parto y les enseñó a aplicar la Sofronización²⁵⁷ para disminuir el dolor de las contracciones.

Hasta ahora hemos reflejado los aspectos más significativos de la formación con matronas que habían estudiado en Valencia y otras que lo habían hecho en Madrid. El testimonio de las dos siguientes informantes nos aportó alguna diferencia respecto a

²⁵⁷ Es una de las técnicas utilizadas para reducir el nivel de estrés y de ansiedad que pueden bloquear la respuesta de la madre durante el parto. Mediante la relajación se potencia el autocontrol y la seguridad en una misma, con lo que el dolor llega a percibirlo la mujer con una intensidad tolerable.

cómo se hacía en Cataluña. En 1983 obtuvo el título de matrona Dolores García (E17), una matrona que había nacido en una familia muy humilde de un pueblo de Teruel, Cella. Su padre era pastor. Es una mujer que se adscribe políticamente como 'de izquierdas' y en cuanto a la religión dice: "no soy creyente". Sus padres hicieron un enorme esfuerzo para que viniera a Valencia a estudiar y se matriculó para hacer ATS en la Clínica de la Esperanza, un centro privado. Su testimonio nos aportará información sobre las categorías que estudiamos, pero en otra ciudad: Barcelona. Cuando terminó ATS, estuvo trabajando diez y ocho años como enfermera antes de pensar en ser matrona, obtuvo un contrato para trabajar en el Hospital Vall d'Ebron de Barcelona y como allí se podía hacer la especialidad presentó la documentación. Tuvo que realizar un examen de acceso tal y como sucedía también en la Facultad de Medicina de Valencia. La formación teórica era muy similar a la que han venido relatando las informantes que estudiaron en nuestra ciudad, pero en cuanto a la parte de práctica asistencial nos relató la diferencia que había encontrado al hablar con compañeras que habían estudiado en Valencia: "Lo curioso es que no nos dejaban hacer partos. Yo, solo haría durante todo el año nueve o diez y si hice alguno más fue porque muchos días cuando terminaba mi turno de trabajo pasaba por el paritorio y en alguna ocasión me dejaron hacer alguno".

Amparo Ballester (E9) obtuvo el título de matrona en 1985. Estudió en la Maternidad Provincial de Cataluña, donde la forma de acceso mostraba alguna diferencia respecto a los anteriores testimonios. Allí, además de tener en cuenta su expediente académico como ATS, se valoraba la experiencia profesional como enfermera y después se realizaba una entrevista personal. Antes de aceptarla tenía que trabajar quince días de prueba en la sala de maternidad y en el paritorio, donde se valoraba su actitud a la

hora de relacionarse con las gestantes y su habilidad para desenvolverse en el ámbito de la obstetricia. Como la experiencia fue satisfactoria, pudo presentarse al examen de acceso para aspirar a conseguir una de las veinte plazas, donde obtuvo la octava mejor nota. Había que realizar un total de 2124 horas de prácticas y asistir a las correspondientes clases teóricas que – también allí- impartían los ginecólogos. Como libro de referencia utilizó 'Obstetricia' un clásico del Dr. González Merlo, cuya primera edición se publicó en 1982.

Otra de nuestras informantes, Sonsoles Pereira (E19), una matrona de cincuenta y seis años que nació, estudió y trabaja en Galicia, nos aportó información sobre los aspectos relacionados con la formación, ya que obtuvo el título de matrona en 1983 e hizo las prácticas en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela, donde realizó un rotatorio la mayor parte del tiempo en paritorio, y mucho menos tiempo en la sala de maternidad y en el quirófano del hospital. No recuerda el número de horas de prácticas, pero dijo que ese año "prácticamente vivía en el hospital". Nació en el seno de una familia humilde y de izquierdas que se dedicaba a la pesca y al comercio de ésta.

4.4. El ámbito laboral en la gestión.

En enero de 1971 el director del complejo hospitalario, el director y la matrona jefa del maternal²⁵⁸, el aparejador y el maestro de obras recorrieron el edificio para revisar las

²⁵⁸ Cuando se pone en funcionamiento el Hospital La Fe las enfermeras jefas y la matrona jefa que se ocupaban de gestionar los distintos pabellones estaban internas y pernoctaban en habitaciones situadas en la Escuela de Enfermería.

instalaciones y de este modo, una vez vistas las distintas estancias, poder solicitar el material que se necesitase. Nuestra informante, I. Royo tenía experiencia sobre ello, así que nos detalla cuales fueron sus apreciaciones y queda claro tras su testimonio que se respetó su criterio y se hicieron las modificaciones pertinentes:

“Vimos los *platinillos* que eran las bajantes que había en todas las plantas. Las salas estaban bien y dentro de lo que yo había leído en libros sobre hospitales estaba todo correcto. Luego bajamos a quirófano y a paritorio y la cosa no estaba tan bien. Había un vertedero en paritorio que, según el maestro de obras era para tirar los desechos. Pero yo dije que podía embozarse e iba a oler mal y que eso no podía estar en un quirófano o en un paritorio. Tuvieron que quitarlo de allí. O sea, que hicieron modificación de obra porque eso no estaba bien. Hubo que añadir pilas para limpiar el instrumental porque tampoco estaba previsto. Tuvieron que cambiar las puertas porque las camas eran más grandes y no cabían por allí. Hubo que construir armarios por todo el pasillo para guardar la ropa, el instrumental, la medicación, las gasas, etc... Hubo que habilitar un sitio para sacar la basura y otro para que pudieran sacar las camas después de que la mujer hubiera parido y se encontrara con sus familiares.

(...) Empecé a pedir el instrumental que se necesitaba a García Muñoz para poder empezar a trabajar, para tener algo de emergencia hasta que nos sirvieran el pedido que se había realizado por concurso. El Dr. Evangelista me dijo que pidiera lo que necesitara y no hubo ningún problema en pedir el mejor instrumental”²⁵⁹.

En los dos meses previos al inicio de la actividad asistencial, Isabel Royo llamó a alguna de las matronas que se habían formado en el Hospital Clínico para que la ayudaran en todos los

²⁵⁹ EIR.

asuntos relacionados con las necesidades de material, de documentos, de medicación, etc...

El siguiente problema a resolver era el de personal. Se necesitaban muchas matronas y muchas ATS para poder cubrir convenientemente las distintas unidades. Entonces la contratación se hacía directamente por la matrona jefa que, a lo largo del primer año, fue capaz de reunir en la plantilla a cuarenta matronas. Unas pidieron el traslado desde la Residencia General Sanjurjo, otras fueron buscadas por sus compañeras matronas que ya estaban en el paritorio o acudieron ellas mismas a solicitar su incorporación en La Fe, cansadas como estaban de trabajar diariamente y sin vacaciones. También había la llamada *Bolsa de trabajo interna*, donde se anotaban las profesionales que estaban trabajando como ATS en otra dependencia del hospital pero tenían la especialidad de matronas y deseaban incorporarse a la maternidad. Como todavía había déficit de personal en los primeros meses, las mismas matronas del paritorio, en ocasiones, tenían que pasar a instrumentar en las cesáreas. Hasta 1973 no se publicó el Estatuto de Personal que regularía la situación administrativa del personal sanitario, estableciendo un concurso de méritos para regular el acceso a un puesto de trabajo definitivo, y las plazas en propiedad se obtenían tras un período de prueba entre seis y nueve meses. Isabel Royo se acuerda del nombre y de la procedencia de las distintas matronas que contrató:

"Imelda se había venido conmigo desde el principio, ya que en diciembre del 70 nos dejamos el hospital Clínico. Las primeras que llamamos fueron Pepi Alemany y Rosa Gas que estuvieron muy implicadas en la dotación de material y en su organización. Eran matronas que se habían formado con nosotras en el Clínico y yo tenía mucha confianza en ellas porque sabía cómo trabajaban. Las de Sanjurjo vinieron con ciertas reticencias

laborales porque, desde el principio, en la Fe los turnos eran de 8 horas y las noches seguidas. De allí vinieron Amparo Reyes, Virtudes Llopis, Luisa Fuster, Amalia Amorós y alguna más. Otras estaban trabajando de ATS en otro pabellón de la Fe y en cuanto abrimos se trasladaron como matronas. Recuerdo a Lourdes García, Amparo Giménez, Amparo Navarro y a Pilar García que en ese momento tenía un problema pero yo le dije que le guardaba la plaza. El resto se fueron incorporando poco a poco, a lo largo del primer año²⁶⁰.

Adela Ovejas (E11) recuerda que estando trabajando en la unidad de Quemados del Hospital la Fe, fue reclamada por la Jefa de matronas para trasladarse al paritorio, donde permaneció desde 1971 hasta 1982, cuando se trasladó al Hospital de Sagunto donde vivía su familia: "Estaba muy contenta, aunque se comentaba que allí llevaban a las matronas 'más tiesas que un lapicero'.

Como Isabel Royo relata en su testimonio, se apoyó en la colaboración de varias matronas de su absoluta confianza en los meses previos a la puesta en funcionamiento del maternal, para que todo estuviera a punto. Desde el primer momento, se introdujeron en el funcionamiento cotidiano dos documentos que habían demostrado su enorme utilidad en el Hospital Clínico. El primero era el partograma, donde se hacía constar mediante unos signos todo lo relacionado con el parto –la altura de la presentación, la longitud del cuello uterino, la dilatación y la frecuencia cardíaca fetal-, de manera que con una mirada se podía seguir la evolución del mismo. El segundo fue –la hoja de reconocimientos-, otro registro donde se anotaba periódicamente el reconocimiento vaginal realizado a la mujer. Pepi Alemany y Rosa Gas, dos de sus más cercanas colaboradoras, se encargaron de diseñar el denominado 'Libro de Partos' que ha sido

²⁶⁰ EIR.

cumplimentado hasta el traslado del Hospital La Fe a las nuevas instalaciones en Bulevar Sur, donde se han sustituido los registros en papel por los de soporte informático. En él se llevaba el control de las mujeres asistidas y se utilizó durante años para realizar estadísticas sobre el número de partos atendidos. Pero tenía que ser un libro que recogiera todos los datos necesarios. Este es el testimonio de una de sus autoras, Pepi Alemany:

“La primera semana apuntábamos el nombre de la señora y la habitación a la que iba la mujer. Enseguida nos dimos cuenta de que la información se quedaba corta porque no se sabía el número de historia [clínica], ni como había sido el parto. Fuimos añadiendo datos como el número de llegada y así podríamos saber los partos que se hacían cada año, la edad de la mujer, el número de gestación que era, el tipo de parto, el sexo del recién nacido y si pasaba o no a reanimación”²⁶¹.

Una vez diseñado el libro se lo mostraron a Isabel Royo para que se lo enseñara al Dr. Galbis y cuando éste dio su aprobación -después de añadir algún dato más que consideraba pertinente-, se mandó a la imprenta.

El primer año ya se superaron las previsiones en cuanto al número de partos que se atendieron. Al principio se puso en funcionamiento la dilatación-paritorio y la unidad de dilatación lenta en la primera planta, después la unidad de cuidados intensivos, en la segunda planta se ubicaron las gestantes con embarazos prolongados, gestantes con rotura prematura de membranas, mujeres diabéticas y otras patologías del embarazo. En la tercera planta se ubicaron las amenazas de aborto y las mujeres que permanecían ingresadas después de que tras el

²⁶¹ EPA.

aborto se les hubiera realizado un legrado. Era una planta donde no había recién nacidos. Cada una de estas unidades debía dotarse de las matronas necesarias para los distintos turnos y de una supervisora. Tanto en la cuarta como en la quinta planta se ubicaron las puérperas y paulatinamente, como fue creciendo el número de partos se habilitaron más plantas de puerperios, dotándolas de las ATS correspondientes, ya que desde el principio los puerperios han sido controlados por enfermeras. Pero también hubo problemas para cubrir estas necesidades debido a que no había ATS para contratar. Se estaba esperando que acabaran las promociones, tanto de enfermeras como de matronas, para ponerlas en plantilla inmediatamente. Así lo recuerda la matrona que gestionaba el Maternal durante aquellos años:

“...Lo mismo pasó con reanimación de recién nacidos. El Dr. Roqués quería abrirlo porque para reanimar a un bebé necesitaba su unidad, en vez de hacerlo todo en paritorio. La verdad es que todos los profesionales que estuvimos en ese momento pusimos mucho. Roqués trabajó con un interés extraordinario. Empezó con auxiliares que habían hecho el curso de puericultura y poco a poco, fui consiguiendo ATS conforme iban terminando sus estudios”²⁶².

En la novena planta se ubicó a las mujeres con problemas de esterilidad, en la décima la oncología y la onceava tenía ingresadas a mujeres con problemas ginecológicos de resolución tanto médica como quirúrgica.

En el citado Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social se detallaban las funciones de enfermeras y matronas, que siempre estaban

²⁶² EIR.

determinadas por los criterios de las Direcciones Médicas. El artículo 60 enumera las funciones de las enfermeras y matronas jefe en un decálogo:

Según el nuevo estatuto, la Jefatura de Enfermería dependerá de la Dirección de la Institución y tendrá las siguientes funciones:

1. Proponer la organización y distribución del personal Auxiliar Sanitario, con atención preferente a su especialización.
2. Dirigir la Unidad de Enfermería, velando por el adecuado cuidado de los enfermos.
3. Velar por el mantenimiento de la disciplina, observar la conducta profesional y distribuir el trabajo de todo el personal de Enfermería, cuidando que se cumplan los horarios de trabajo del mismo.
4. Analizar las actividades del personal de Enfermería en orden a la uniformidad del trabajo, elevación del nivel profesional y rendimiento del mismo.
5. Mantener permanentemente informada a la Dirección de las actividades de la Unidad de Enfermería.
6. Organizar y dirigir las reuniones del personal cualificado de Enfermería y señalar directrices al mismo.
7. Promover y participar en programas de formación específicos.
8. Instruir al personal de nuevo ingreso en la Unidad de Enfermería.
9. Emitir los informes administrativos relacionados con su función.
10. Cuantas misiones se le encomienden directamente por la Dirección, compatibles con su misión específica, y aquellas que se

determinen en los Reglamentos de Régimen Interior, en cuando no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto²⁶³.

En nuestra entrevista a la primera matrona jefa del Hospital Maternal La Fe, nos detalló cuáles fueron sus objetivos como gestora que podemos resumir con la primera frase de su testimonio:

“Tenía un objetivo principal: *‘ciencia por encima de todo’*. A las mujeres había que controlarles el trabajo de parto, que las contracciones fueran las adecuadas, que el gotero estuviera bien puesto y que cayera a la velocidad conveniente, que la infusión de oxitocina fuera la correcta y que el trabajo de la matrona estuviera bien reflejado en la historia clínica. Yo pasaba todos los días por las salas y me revisaba las historias. (...) Yo les decía que otra razón de peso era que las mujeres que nosotras atendíamos no eran de un nivel económico alto, por tanto, había que conseguir que salieran en las mejores condiciones para que al llegar a su casa pudieran ocuparse de ellas, de su recién nacido y de los hijos que tenía. Por tanto, el tiempo que estaba allí era para recuperarse, para dejarse cuidar y no para cambiar los pañales ni automedicarse. (...) También recuerdo que yo conseguí que en la Fe fueran las matronas las que pusieran el electrodo interno para escuchar la frecuencia cardíaca fetal. O sea, que nuestro hospital fue pionero en que fueran las matronas las que colocaban electrodos y no hubo ninguna dificultad. Las matronas tienen que ir con la ciencia y si en ese momento la ciencia dice que la mejor forma de controlar un parto es esa, pues la matrona debe hacerlo”²⁶⁴.

El incremento del número de partos durante la década de los setenta hizo que hubiera momentos puntuales en los cuales no

²⁶³ Orden de 26 de abril de 1973, por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.

²⁶⁴ EIR.

se disponía de suficientes camas para ser ocupadas por las mujeres después del parto. Así lo relata la Matrona Jefa:

“En aquellos años de tanta presión asistencial hubo días que llegamos a tener a las mujeres recién paridas en los sillones negros que teníamos en la salita de matronas, allí tumbadas en el pasillo porque no había camas libres para poder subirlas a hospitalización. Yo hablé con Don Manuel y me dijo que eso no podía ser de ninguna manera. Y se compraron camas para poder ubicarlas en la planta de puerperio. Teníamos 200 camas en la maternidad y estaban todas ocupadas. Hasta 350 llegamos a tener, fuimos abriendo más plantas, poniendo más personal de enfermería, creamos turnos nuevos. En fin, nos fuimos adaptando a las circunstancias y a la normativa que llegaba”²⁶⁵.

Al tener que aplicar el citado Estatuto de Personal Sanitario que modificó el número de horas que cada matrona debía trabajar anualmente de 1780 a 1600, I. Royo se vio otra vez en la necesidad de modificar los turnos, para lo cual se necesitaban más matronas. Cuando llegó la solicitud al Director Provincial del Insalud, éste dijo que no se iban a crear nuevas plazas de matrona en el hospital, sino que había que utilizar los recursos existentes. Se refería a las matronas que estaban trabajando en los Centros de Especialidades, pasando consulta diariamente con el obstetra durante dos horas y media. En la consulta su cometido era el de tomar la tensión arterial, medir y pesar a la gestante y escucharle la frecuencia cardíaca al feto. Evidentemente, su potencial de trabajo estaba infrautilizado y el número de horas que trabajaban no cumplía la legislación, pero por parte de las autoridades sanitarias el tema no se había acometido hasta entonces, y por parte de las matronas era una situación cómoda que tampoco

²⁶⁵ EIR.

habían tenido interés en abordar. Se tomó la decisión de que acudieran una noche a la semana a realizar una guardia nocturna en el hospital y al día siguiente descansaran en el ambulatorio. Esta modificación no fue bien acogida por las matronas de ambulatorio que reaccionaron de la siguiente manera, según testimonio de Pepi Alemany:

"A ellas les sentó como un tiro y le echaron la culpa a la matrona jefa que había en ese momento, que ella no tenía la culpa sino que se encontró en la obligación de cumplir la normativa, como muchas otras obligaciones que te ves obligada a hacer cumplir por razón del cargo que ocupas y del trabajo que hay. Se lo tomaban sin seriedad y había quien se ponía enferma y no venía, pero tampoco avisaba. O se cogían la noche libre y no acudían, pero sin decir nada. Las que habían trabajado en La Fe con nosotras sí que venían, ellas eran muy responsables, incluso yo creo que les hacía ilusión porque veían a sus compañeras"²⁶⁶.

A las matronas que compusieron la plantilla en los primeros diez años de funcionamiento del Hospital maternal podríamos dividir las en dos grupos, lo que nos ayudará a entender la necesidad de la responsable de la gestión de introducir una praxis inequívocamente científica. La mayor parte del colectivo eran las del grupo que podríamos denominar como *las mayores*²⁶⁷. Unas vinieron trasladadas de la antigua Residencia General Sanjurjo y se habían incorporado al ámbito hospitalario varios años antes. Otras, llegaron directamente de sus plazas de APD, ya que vieron la

²⁶⁶ EPA.

²⁶⁷ Ciertamente, este grupo tenía edades que comprendían desde los 45 hasta los 65 años. Pero vistas desde la perspectiva del grupo de las más jóvenes de entonces, matronas entre 22 y 26 años, serán las más mayores.

oportunidad -que venimos reiterando- de trabajar sus horas correspondientes y no tener que permanecer localizadas durante todo el día, además de trabajar con todas las garantías de las que habían carecido hasta entonces en su ejercicio profesional, ya que en el hospital había todo tipo de medios -tanto humanos como materiales-, para solucionar cualquier alteración en el normal desarrollo de un parto. Hasta entonces, nadie las había supervisado, dirigido ni mandado. Parece claro que entre este grupo y los médicos que dirigían la maternidad había una cierta incompatibilidad de fondo y de forma que, como veremos más adelante, se puso de manifiesto en la catalogación que los obstetras hicieron del grupo de matronas de la unidad de dilatación-paritorio. El grupo menos numeroso lo constituían *las jóvenes*, aquellas que se habían formado en el Hospital Clínico o en el Hospital Maternal La Fe, bajo la mirada de los obstetras que conformaron la primera plantilla del Maternal de La Fe y acataban sus formas de trabajar, sus normas y sus pautas. Eran profesionales recientes y por lo tanto alejadas de la soledad y los recursos, en ocasiones poco científicos, de la asistencia al parto en el domicilio practicados por *las mayores*.

En 1982 se produjo en las elecciones generales el triunfo electoral del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) y se inició un cambio tendente a democratizar las instituciones sanitarias que culminaría con la elaboración de la Ley General de Sanidad que se publicó en 1986. Este cambio de gobierno asustó a muchos médicos de la sanidad pública que pensaron que se iba a promulgar y a aplicar rápidamente la Ley de Incompatibilidades, lo que lesionaría sustancialmente sus intereses económicos. Hubo cambios en las direcciones médicas hospitalarias y también en las personas que ocupaban las direcciones de enfermería que hasta entonces habían estado estrechamente vinculados con las

directrices médicas y, por tanto, habían permanecido en sus cargos con escasa autonomía. Isabel Royo fue una de las personas afectadas por estos cambios, a pesar de que ella se consideraba una profesional ajena a los intereses políticos. Así nos lo refirió:

"Estuve de matrona jefe del maternal hasta 1983. Entonces todavía había muchos partos, pero no como en los 70. Se fueron abriendo otras maternidades, se fueron reformando otras, se abrieron hospitales comarcales y todo eso hizo que el número de partos disminuyera... (...) Cuando ganó el partido socialista las elecciones, al tiempo me cesaron y cuando oía comentarios de alguna persona, siempre he contestado que si yo llego a saber que he estado de matrona jefa porque decían que era de Franco, nunca hubiera dicho que sí. Yo vine a trabajar y a organizar una maternidad y no tenía nada que ver con el franquismo"²⁶⁸.

En 1983, meses después de la victoria socialista, gran parte de las trabajadoras y trabajadores del hospital impulsaron un cambio con la pretensión de dejar atrás el autoritarismo de la institución. Se hicieron reuniones en todos los pabellones y entre todas las personas asistentes se formó un Comité que eligió entre la gente válida y luchadora a quienes iban a gestionar las diferentes Subdirecciones de Enfermería. La Dirección de Enfermería del Hospital la ocupó Emilia Aparicio, una histórica luchadora por la Sanidad Pública. Se decidió que Paquita Mocholí se encargara del Maternal, con Charo Garcés y Charo Bañuelos de Adjuntas.

En los años previos, un periodo de ebullición política y social, tiempos en los que en el Salón de Actos del Hospital se hacían asambleas continuamente para protestar y discutir asuntos

²⁶⁸ EIR

de enorme interés para la sanidad pública valenciana, la representación médica del pabellón maternal era la menos numerosa de los diversos servicios. Y es que los médicos de 'La maternidad' siempre han sido un punto y aparte. De hecho, se recuerda ahora, que la representación del Maternal se reducía a tres personas, según testimonio de varias de nuestras informantes: "Había muchas enfermeras y médicos de todo el Hospital. Pero del maternal solo venían Perales, Fillol y García Ferrer"²⁶⁹.

Tras la victoria socialista, los primeros cambios que se realizaron fueron los que afectaron a las personas que se tenían que hacer cargo de la Dirección de la Ciudad Sanitaria y de la de cada uno de los pabellones. Como Director de La Fe se nombró a Adolfo Rincón de Arellano [hijo], que era médico cardiólogo del hospital y como Directora Médica del Hospital Maternal estará durante algunos meses la ginecóloga Elena Martí. No sabemos con certeza el motivo por el cual el Dr. Manuel Galbis fue sustituido. Alguno de los testimonios sugiere que fue cesado, pero otros creen recordar que tuvo una larga enfermedad que le mantuvo alejado de la gestión durante meses. En la entrevista que realizamos al Director actual de la maternidad de La Fe, que en aquellos años era uno de los adjuntos más jóvenes y de talante progresista, no nos pudo confirmar con certeza el verdadero motivo de la ausencia y la posterior restitución en su cargo al Dr. Galbis. Lo cierto es que tras unos meses, el Conseller de Sanitat de aquella legislatura, Dr. Joaquín Colomer, lo volvió a reponer en su cargo.

²⁶⁹ EPM. Cuando se está escribiendo esta tesis, Alfredo Perales es el Director Médico de la Maternidad de La Fe, Manolo Fillol es Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de La Plana y Juan L. García Ferrer, dejó la asistencia pública durante la década de los ochenta del siglo pasado.

Tanto los directores médicos como los equipos de enfermería plantearon sus programas desde parámetros progresistas, programas que querían aplicar en las distintas unidades de las cuales iban a hacerse cargo. Paca Mocholí lideró el grupo que sustituiría a Isabel Royo, presentando un plan de trabajo al gobierno socialista que no pudo consolidarse debido a que su gestión se limitó a menos de un año.

De ese plan de trabajo queremos destacar varias propuestas porque supusieron un cambio radical tanto en lo que más adelante se llamaría la *Humanización de la Asistencia al Parto*, como en la gestión democrática de los asuntos de personal. Lógicamente, estos cambios fueron recibidos por el *Staff* médico como un ataque a su tradicional concepto del poder y no entendieron que hubiera que modificar las jerarquías existentes, situando a los profesionales de la enfermería con la misma autonomía de la que gozaban los de la medicina para organizar sus servicios, planificar su trabajo e impulsar la formación y la investigación.

El primer objetivo de la nueva orientación fue '*instaurar la autonomía*' de las matronas en todos sus campos de actuación:

"Pretendíamos que las matronas prestaran una atención integral, es decir, que no solo estuvieran en paritorio, sino que también pasaran por las plantas, por planificación familiar y por la consulta de sexología. La matrona como la persona que cuida y atiende a la mujer a todos los niveles"²⁷⁰.

Este objetivo inicial ya contó con la resistencia de muchas matronas, aquellas que habían estado acostumbradas a trabajar haciendo con la gestante lo que ellas pensaban sin contar con nadie y que eran reacias a cualquier cambio que modificara su

²⁷⁰ EPM.

rutina diaria. La nueva pauta de hacer rotaciones por las distintas dependencias, cambiar de unidad, en síntesis salir del paritorio significaba que la matrona podría tener una visión más amplia de los avatares que sufrían tanto la mujer como su familia cuando estaban en las salas de parto o de gestantes. Pero la mayoría de las matronas se negaron de plano a dicho cambio, alegando que su trabajo tenía mucha más efectividad en el puesto de trabajo que estaban desempeñando habitualmente. Conscientes del rechazo que suscitó la propuesta, las responsables de la gestión no llevaron a cabo el cambio salvo en situaciones en las cuales lo consideraron imprescindible, teniendo que imponer su autoridad, tal y como nos refiere P. Mocholí:

"Desde luego eso es difícil de conseguir, lo de modificar las actitudes de las personas. Pero es una realidad que ocupar un cargo de gestión te otorga poder y ese era uno de los principales recursos con que contábamos para vencer esos comportamientos. Por ejemplo, lo primero fue explicar lo que íbamos a hacer e intentar que las matronas se implicaran, pero las que no querían, llegaba un momento que teníamos que utilizar ese poder y decir: *Esto se hace porque lo mando yo, y no hay más narices*"²⁷¹.

Con respecto a la consulta de Planificación Familiar en el Hospital La Fe tenemos que recordar que la legalización de la píldora anticonceptiva se había producido en España en plena transición democrática, a finales de 1978. Hasta entonces, las mujeres de nuestro país que se atrevían a tomar la píldora, tenían que arreglárselas para conseguirla a través de las consultas privadas, pagarla y, por supuesto, asumir la culpabilidad que significaba llevar la contraria a la jerarquía eclesiástica y también a

²⁷¹ EPM.

la ciencia oficialista. Apoyadas por grupos feministas, muchas mujeres españolas fueron por delante de la época que les había tocado vivir y lucharon para conseguir la píldora, no haciendo caso a la intoxicación mediática sobre los riesgos para ella y su descendencia que esgrimían los ginecólogos conservadores. Finalmente, se consiguió que se desarrollaran consultas privadas y públicas de planificación familiar y que la utilización de los anticonceptivos orales (ACO) se incrementara, incluso con leyes vigentes que penalizaban, –como lo dispuesto en el artículo 146 del Código Penal de la época– la información, divulgación, propaganda, indicación, prescripción y uso de anticonceptivos (Martínez Salmeán, 2005). El equipo que se ocupó de la gestión de enfermería en el Hospital Maternal, acorde con los movimientos sociales de la época, en concreto con las demandas feministas, se propuso visibilizar la consulta de Planificación Familiar e integrarla como una más de las ofrecidas por la sanidad pública:

“Dentro de nuestra propuesta estaba incorporar la Planificación Familiar. Pero como D. Manuel Galbis era del Opus [sic], pensaba que esa consulta tenía que estar escondida y se puso en marcha en la Escuela de Enfermería. Nosotras queríamos que tanto esa consulta como la de Sexología –de la que él no quería ni oír hablar, a pesar de tener un ginecólogo formado en ello, German Herrero-, tenían que estar en nuestras consultas”²⁷².

²⁷² EPM. Tenemos que aclarar que a pesar de la contundente afirmación de nuestra informante respecto a la opción confesional del entonces Director Médico del Hospital Maternal, esto ha sido negado por otra de las matronas entrevistadas. Incluso en una conversación grabada con el actual Director Médico, nos comentó que el Dr Manuel Galbis era una persona afín al Partido Socialista Popular liderado por Enrique Tierno Galván.

El segundo objetivo fue promover y '*facilitar la formación*' del personal:

"Veíamos que hacía falta que las matronas continuaran formándose porque, además, la mayor parte de ellas eran las mayores, que tenían mucha experiencia pero no estaban actualizadas y las matronas jóvenes éramos muchas menos. Las matronas que estaban interesadas pudieron ir a Madrid a formarse en Educación Maternal"²⁷³.

Otro de los objetivos que ya desde el principio habían planteado en su programa y se propusieron llevar hacia delante fue '*la humanización*' de la atención al parto. Cuando una gestante estaba en paritorio, era la matrona la que tenía que salir, periódicamente, a informar a la familia, pero en el caso de que fuera una inducción de parto, era algún miembro del equipo médico de guardia el que tenía que salir a ofrecer la información. Aunque en aquella época todavía no entraban los padres al parto, los médicos no tenían interiorizada la idea de que la familia necesita tener noticia sobre la evolución de su familiar porque no lo consideraban importante. Paca Mocholí nos relata una anécdota significativa en relación a este aspecto:

"Un día con una inducción les dijimos: *Por favor, salid a informar porque esta mujer lleva más de 4 horas y la familia no sabe nada*. Cuando, por fin, salió uno de los médicos, el marido le dio un golpe y se le puso el ojo hinchado. A partir de entonces se institucionalizó que cada dos horas salieran a informar a la familia. Nosotras les dijimos a Fillol y a Perales: *Si nosotras hubiéramos sabido que con una bofetada se arreglaba esto, lo habríamos solucionado antes*"²⁷⁴.

²⁷³ EPM.

²⁷⁴ EPM.

Se hizo la propuesta de que la matrona saliera a recibir a la gestante para que ésta supiera quién era la matrona que se iba a encargar de atender su proceso de parto. Algunas matronas lo aceptaron con agrado, pero muchas se negaron en redondo a tener que atravesar todo el pasillo para recibir a la mujer, argumentando que eso era tarea de la auxiliar de enfermería.

La idea de abrir un nuevo servicio de Preparación al Parto, ya venía de la época en que ocupaban las direcciones médica y de enfermería el Dr. Galbis e Isabel Royo, pero el proyecto se hizo realidad cuando se hizo cargo de la gestión Paquita Mocholí. Era algo novedoso que solamente se realizaba en la Clínica Casa de la Salud por parte de una matrona que había trabajado en Madrid con Aguirre de Cárcer y en otro centro privado llamado Baden Baden, que llevó la matrona Charo Bañuelos.

Como responsables de dicho servicio empezaron las matronas Fina Gómez, Fina Segarra y Pepi Soriano que previamente habían realizado los cursos del Dr. Aguirre de Cárcer en Madrid. Cuando acabó la formación, siete matronas que aspiraban a ocupar ese puesto de trabajo presentaron una solicitud donde argumentaron los motivos por los cuales optaban a ese nuevo puesto de trabajo y cuáles eran los beneficios que iban a proporcionarle a la mujer la participación en dichos cursos. Se nombró un grupo que hizo las funciones de tribunal y que estaba constituido por el Dr. Monleón, jefe del servicio de obstetricia, por Pilar García, una de las matronas de paritorio que formaba parte del grupo de asesoras de la Subdirección de Enfermería y por Charo Garcés, la adjunta de matronas. La médica que se incorporó a dicha unidad fue Rosa Grifols, la cual se había licenciado en Psicología y que en esos años presentó su tesis doctoral sobre la educación maternal. Durante los años que funcionó la unidad,

formaron un equipo que también se dedicó a difundir la experiencia presentando ponencias y comunicaciones en Congresos.

Lo primero que tuvieron que hacer las matronas seleccionadas fue plasmar por escrito, de manera protocolizada, todo lo que se iba a realizar tanto en las sesiones teóricas como en las prácticas. En primer lugar tenían que llevar a cabo una labor de captación. Para ello, una de nuestras informantes se encargó durante estos años de acudir diariamente a las consultas externas de obstetricia para hablar con las mujeres que estaban esperando para ser visitadas:

"Pasaba a las mujeres y a sus madres o quien las acompañara a una sala de reuniones y les explicaba que el objetivo era que fueran recuperando el protagonismo de su parto para que no lo vivieran desde la ignorancia, para que tuvieran unas herramientas que les permitieran afrontarlo mejor. Les íbamos a explicar las fases del parto y les íbamos a enseñar los espacios físicos por los que pasarían. En fin, las madres les decían: *ojalá a mí me hubieran dicho todo lo que están diciendo a ti en mis partos*²⁷⁵.

Para la preparación al parto se distribuía a las embarazadas en grupos que iniciaban las clases en la semana veintiséis o veintisiete de gestación y duraban diez semanas. Tenían que acudir un día semanalmente y cada sesión se dividía en una parte teórica y una práctica. Durante la primera se hablaba de temas relacionados con el embarazo, con el parto, con el puerperio, con la sexualidad, con la lactancia y de las herramientas con las que se podía afrontar el parto: la distracción, la relajación y la respiración.

²⁷⁵ EFS.

Se hablaba del dolor en el parto y se explicaba por qué dolían las contracciones, para que las mujeres no se confundieran y utilizaran el tópico del *parto sin dolor*. También se explicaba la finalidad de los ejercicios, aclarando que no se trataba simplemente de una clase de gimnasia para el parto, sino que el propósito era que los ejercicios sirvieran para mejorar la circulación, para disminuir las molestias que se producen en la espalda conforme va creciendo el útero y que los ejercicios de movilización de la pelvis favorecían la acomodación del bebé. En las últimas semanas se hacían ejercicios prácticos de expulsión. En cuanto a los ejercicios prácticos, además de los ya mencionados, se hacían prácticas de respiración y de relajación. Cada día de la semana se trabajaba con tres grupos. Cada una de las tres matronas se ocupaba de una función distinta. Una se ocupaba de las clases prácticas de ejercicios, de respiración y de relajación. Otra abría una historia clínica para cada mujer y se dedicaba a las clases teóricas. La tercera, que es nuestra matrona informante, desempeñaba las funciones de captación en las consultas externas, realizaba una visita a paritorio para reforzar a alguna mujer que hubiera ido previamente a las clases de preparación al parto y después, pasaba por la planta donde estaban ingresadas las puérperas, aclarando las dudas que se les planteaban una vez con la hija o el hijo en sus brazos y facilitaba cualquier información relacionada con la lactancia, o bien solucionaba algún problema relacionado con la misma. Nuestra informante estaba totalmente convencida de que había que contribuir activamente en la recuperación del protagonismo que había perdido la mujer, bien por los mandatos de la Iglesia 'parirás con dolor a tus hijos', o bien por la instauración del parto dirigido: "Veníamos de una época donde las pobres no decían nada porque nada tenían que decir. Se

ponían en manos de los profesionales que eran los que sabían de partos²⁷⁶. Este es su testimonio:

"Yo creo que fue el cambio más importante que se vivió en La Fe porque las matronas teníamos un campo de trabajo autónomo en el que informábamos a las mujeres, les ayudábamos, las hacíamos sentirse partícipes de su parto, conocer lo que era una contracción. Influíamos en que mejoraran, no solo físicamente con los ejercicios y la respiración, sino también mentalmente porque ellas se implicaban en su proceso de parto. Les decíamos: *Tú eres la protagonista, tú eres la importante, tú eres la que marca la evolución de tu parto y puedes facilitar o enlentecer las cosas a tu hijo y a las profesionales que te atiendan*. Queríamos contribuir a que se alejara la ignorancia a la que habían estado sometidas durante años²⁷⁷.

Las gestantes se mostraban muy satisfechas, acudían con interés a las sesiones y confiaban en los beneficios que de ello se derivarían para su embarazo y para su parto. Se pasaban encuestas, donde las gestantes hablaban muy bien de la unidad. También sus familiares podían comprobar que llevaban el embarazo encontrándose mucho mejor, las veían más activas y con más seguridad.

Este cambio fue, en general, bien aceptado por las matronas porque percibían una actitud muy diferente entre las parturientas que, previamente, habían realizado la preparación al parto y estaban mejor informadas, respiraban con las contracciones y gritaban menos, y se establecía una relación más cercana entre las matronas y las parturientas. Las que no lo habían

²⁷⁶ EFS.

²⁷⁷ EFS.

hecho gritaban con las contracciones y pedían a gritos la entrada de su marido. Las profesionales pudieron comprobar que era más fácil trabajar con la mujer cuando se había preparado, y que cuando se le hacía alguna sugerencia sabía bien lo que tenía que hacer y era más agradable y menos cansado atender esos partos. Pero también hemos de reiterar que al principio hubo matronas que reaccionaron como los médicos, es decir, con desconfianza ante cualquier cambio. Algunas, sobre todo las más jóvenes, que habían oído hablar de la preparación al parto y estaban convencidas de que ayudaba a la mujer, además de que muchas de ellas habían comprobado los beneficios en su propio embarazo, lo acogieron con entusiasmo y colaboraron activamente a pasar encuestas para recoger la opinión de las matronas sobre cómo había repercutido la realización -o no- del curso de preparación, en la evolución del parto. Otras, por el contrario, "no tenían confianza en los resultados y les decían *venga, respira, respira..., como riéndose*. O confundían a las mujeres y les decían *respira, respira deprisa...* Y las mujeres a la primera contracción ya estaban respirando como si estuvieran en período expulsivo y se cansaban"²⁷⁸.

A partir de aquí, todas las reticencias vinieron por parte del equipo médico, que se ha resistido reiteradamente a cualquier cambio, sobre todo si se trataba de algo ofrecido exclusivamente por las matronas. A pesar de ello tuvieron que aceptarlo por la evidencia, ya que las mujeres que habían realizado los cursos llevaban mejor su parto. Incluso muchos de ellos recomendaron a sus propias mujeres que acudieran a las clases en sus embarazos.

²⁷⁸ EFS.

"Las distintas direcciones médicas no es que nos apoyaran, pero tampoco pusieron ningún impedimento insalvable. La excepción fue la época en que ocupó la dirección Javier Rius, que sí que apoyó directamente la educación maternal y nos consiguió mejoras como música para la relajación, etc."²⁷⁹.

Desde nuestro punto de vista, éste fue el cambio más significativo que se vivió en la maternidad del Hospital La Fe desde su inauguración hasta finales de los noventa. Tanto por lo que respecta a la posición de las mujeres ante su parto, como hemos podido explicar más arriba, como por la posibilidad de que las matronas desempeñaran un trabajo autónomo que influyó positivamente en la propia evolución del mismo. Y este proceso fue pensado y ejecutado por los equipos que formaron la Subdirección del Enfermería del Hospital Maternal. Dicho esto, la reflexión que nos ofreció Fina Segarra con respecto al poder que tuvieron los distintos equipos es menos optimista:

"La jefatura de enfermería no ha pintado nunca nada, haya estado quien haya estado. Con el pequeño paréntesis del tiempo de Paquita Mocholí que sí que nos apoyó mucho. En última instancia siempre hemos dependido de los médicos, del jefe de servicio y del director del maternal. Los distintos equipos se preparaban y hacían cursos de gestión, pero luego no aparecían para nada por las distintas unidades. Su trabajo estaba en el despacho y decíamos: *Se encierran allí en la Moncloa [sic]*"²⁸⁰.

Una vez ya se había asentado el funcionamiento de la Educación Maternal, se consiguió que los padres pudieran entrar

²⁷⁹ EFS.

²⁸⁰ EFS.

en el momento del parto, siempre que éste no fuera instrumentado y la matrona estuviera de acuerdo. Poco después se aceptó la entrada durante la dilatación bien del padre o de la persona que la mujer eligiera. Esta presencia fue experimentada por muchas matronas como una intromisión en su cometido, ya que la entendían como una fiscalización permanente de su trabajo y un elemento perturbador. Pero lo cierto es que solo les molestaba a las matronas más inmovilistas y era una medida que se introdujo después de que desde la unidad de preparación al parto se realizara una encuesta a las mujeres en la cual, entre otras cuestiones, se preguntaba si querían que su pareja estuviera con ellas en el parto. Se demostró con datos que era una necesidad sentida y expresada por la mayoría de las mujeres. El equipo que se encargaba de la preparación al parto había visitado distintos hospitales que ya habían iniciado la entrada de los padres y era una realidad, lo que les permitió tener más argumentos para conseguir este objetivo. Durante las clases de preparación se invitaba a los padres para que asistieran, pero en la mayoría de los casos no podían porque estaban trabajando, aun así se insistía en que hicieran todos los esfuerzos posibles por acudir a la clase titulada 'El día del parto'. Gracias a ello, cuando entraban a la dilatación o al paritorio no eran personas que no sabían qué hacer o que entraban solo a mirar, sino que tenían un cometido que habían aprendido en la educación maternal y se implicaban en el proceso. Al acabar dicha clase se les entregaba un documento que acreditaba que habían asistido y de ese modo los dejaban entrar con su mujer.

"Tanto las mujeres como sus parejas nos decían *díganos con quien tenemos que hablar*. Y nosotras les decíamos que fueran a solicitarlo a la dirección del hospital. Yo, también escribí una

carta a la dirección médica argumentando los beneficios de la entrada del padre a la dilatación y al paritorio. Para que esto tuviera más fuerza, la adjunta de matronas Fina Gómez y Amparo Fabra elaboraron un protocolo sobre la entrada de los maridos a dilatación y paritorio, basado en lo que yo había escrito²⁸¹.

En cuanto al bebé, desde los inicios del Hospital Maternal, siempre ha subido con la madre a la habitación, aunque en aquellos años iba en una cuna de metacrilato junto a la cama de la madre y una vez en la habitación se colocaba en una cuna torno, para que estuviera siempre a disposición de la madre y del equipo sanitario.

Se mantuvo la posibilidad de que se realizara algún parto natural, cuando la mujer lo solicitaba y estaba de guardia el equipo médico liderado por el doctor A. Romeu, que desde hacía unos años estaba promoviendo este tipo de parto. P. Mocholí nos relata su experiencia de la época anterior cuando trabajaba de matrona en paritorio, antes de ocuparse de la gestión:

"Cuando alguna mujer o algún médico planteaban un parto natural nos buscaban a determinadas matronas porque estábamos en esa onda y las demás compañeras decían que éramos algo así como espiritistas, o ecologistas, con una connotación negativa. El paritorio estaba a oscuras, el marido allí, poníamos música, en fin, lo veían como algo raro. Yo he tenido enfrentamientos con compañeras porque en ocasiones estaba con una mujer en la dilatación y teníamos hablada la forma de llevar la dilatación y el parto. Cuando cambiaba el turno, llegaba alguna compañera que no estaba de acuerdo y empezaba a presionarme diciendo: *¿Por qué no le has puesto oxitocina? o, ¿Por qué no le has roto la bolsa?* Y es que la

²⁸¹ EFS.

tendencia mayoritaria en La Fe siempre ha sido intervencionista”²⁸².

El testimonio de la sucesora en la Jefatura de Matronas a Paca Mocholí evidencia el posicionamiento profesional pero, sobre todo, actitudinal y de un cierto rechazo ante estas nuevas maneras de trabajar. Hemos de afirmar que al pasar los años han sido avaladas por la OMS y por el Ministerio de Sanidad de nuestro país: “Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía” (World Health Organization, 1985).

“Había algunas mujeres que parían de forma natural porque había matronas que trabajaban así y yo he visto desgarros horribles, de abrirse hasta el recto por empeñarse en que parieran de forma natural. No eran las mujeres las que lo pedían, sino algunas personas que trabajaban de otra manera”²⁸³.

Es cierto que las matronas formadas antes de 1994, cuando se actualizó la normativa sobre la especialidad aplicando las directrices europeas, teníamos la convicción de que la episiotomía no solo acortaba el período expulsivo, sino que era la garantía inequívoca de que no habría problemas ginecológicos cuando la mujer llegara a la menopausia. Eso implica que para poder realizar lo que se denomina en el ámbito sanitario ‘una buena praxis’, se deba estar actualizada por medio de la lectura de la mejor evidencia científica disponible. Pero en aquellos años, la sumisión a la jerarquía médica por parte de las ATS en general y de las matronas en particular, ambas profesiones feminizadas, hacía que

²⁸² EPM.

²⁸³ EPA.

no se cuestionara ni un ápice las sugerencias, cuando no imposiciones de los profesionales médicos. Sobre ello nos habló Pepi Alemany en la entrevista: "En esta última época donde se lleva tanto el parto natural, yo he visto unos desgarros hasta allá y laceraciones en los labios menores por dentro, con una sensación de escozor que tenían las pobrecitas [sic] que para qué"²⁸⁴.

Sin embargo, nos vemos obligadas a hacer varias precisiones que matizan la opinión de nuestra informante. En primer lugar, desde la formación académica –tanto la recibida por nuestras informantes, como la que se ofrece en la actualidad- se trabaja en profundidad sobre la necesidad de realizar una valoración profesional del periné de la mujer a la que se va a atender. Un periné corto o rígido o un feto prematuro, siempre han sido indicaciones claras de realizar una episiotomía. En segundo lugar, otra de las constantes sobre las que se insiste reiteradamente durante la formación consiste en la correcta protección del periné, tanto anterior como posterior, al tiempo que se procura que la expulsión sea lenta para que el periné se vaya flexibilizando paulatinamente en el transcurso de los pujos que realiza la gestante. Incluso tenemos que añadir que actualmente está en discusión y no hay todavía conclusiones definitivas sobre la idoneidad de proteger con nuestras manos el periné (McCandlish et al., 1998, p. 1262-72). En tercer lugar, la realización de una episiotomía no impide que se produzcan desgarros de tercer o cuarto grado. Por último, no podemos olvidar que hay otros factores que influyen en la posibilidad de que un periné se lesione como son la paridad o la posición de la mujer durante el expulsivo (Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME), 2007).

²⁸⁴ EPA.

El último de los objetivos tenía relación con la política progresista que se habían propuesto introducir tanto las direcciones médicas como las de enfermería. Se trataba de '*democratizar la gestión de personal*'. Todas las mañanas, antes de empezar con el trabajo diario, había una reunión entre la matrona jefa, las adjuntas –Charo Bañuelos que era responsable de paritorio y Neus Ballester que se ocupaba del resto del hospital maternal– y las supervisoras, para comentar las novedades reseñables que se habían producido el día anterior y se discutían en equipo las alternativas posibles para solucionarlo. Contaban con un grupo de matronas, enfermeras y auxiliares que funcionaban como asesoras y ante cualquier situación que se iba a plantear al resto del personal, éstas decían si les parecía conveniente o pensaban que no era el momento y había que esperar para introducir el cambio. Para todas las trabajadoras y trabajadores del pabellón maternal también tenían planificados sus canales de información:

"Nosotras hacíamos una asamblea cada dos meses. Una asamblea a la que estaban convocadas todas las personas que trabajaban en el maternal. Eran unas 600. Quienes querían acudir y allí planteábamos y explicábamos todas las propuestas"²⁸⁵.

La gestión del equipo liderado por Paquita Mocholí duró apenas un año. Podemos confirmar que su gestión fue apoyada por los sindicatos pero no por los dirigentes de la sanidad valenciana. El detonante de su salida de la dirección fue la convocatoria de elecciones democráticas para elegir el cargo de supervisora en las distintas unidades. Se propuso que presentaran

²⁸⁵ EPM.

un proyecto y el que fuera más votado por las trabajadoras de la unidad sería el de la persona que ocuparía la supervisión. La reacción de los médicos ante ese menoscabo de su poder, que pasaba por ser ellos los que eligieran a las personas que ocuparan cargos de responsabilidad en enfermería, no se hizo esperar:

“Para empezar eso fue una bomba para los jefes de servicio y para los médicos en general. Que pudiera cambiar la persona responsable sin que fuera porque ellos lo habían decidido no lo podían tolerar. Uno de los que más se opuso fue un anestesista de intensivos del maternal, el Dr. Maeso, porque él no quería de ninguna manera que cambiáramos a la supervisora de allí porque se lo toleraba todo”²⁸⁶.

Cuando el Partido Socialista ganó las elecciones, muchos de los médicos de La Fe:

“Pensaron que iban a rodar cabezas y eso les produjo miedo al principio. Nadie quería ser Subdirector Médico del Maternal porque se decía que a los ginecólogos era difícil ponerlos en vereda. Luego comprobaron que nada de aquello había sucedido y volvieron a ponerse fuertes”²⁸⁷.

A partir de ahí los responsables sanitarios del gobierno socialista fueron algo más que sensibles a estas presiones y se desdijeron de sus pretensiones iniciales. En la dirección del Insalud estaba el Dr. Manuel Peris y los médicos le presentaron una propuesta de huelga. El mismo partido político que había apoyado el programa de gestión de nuestra informante se arrepintió de haber avalado un proyecto que se tradujera en tantos cambios y

²⁸⁶ EPM.

²⁸⁷ EPM.

cedió al chantaje de los médicos del maternal. Según palabras de P. Mocholí: "A nosotras nos cesaron. Nosotras lo veíamos venir pero no queríamos dimitir porque solo habíamos empezado y hacía falta más tiempo para que se sedimentara una nueva forma de trabajar".

En este equipo de trabajo había participado nuestra tercera informante, Amparo Fabra, como supervisora de Consultas Externas del Maternal. Como hemos dicho, uno de los objetivos de esta subdirección era la formación del personal y ellas fueron las primeras que se esforzaron al máximo para dar el perfil de gestoras que requería su puesto de trabajo. Realizaron el master en Enfermería Holística que impartía Teresa Piulats, acudiendo varios fines de semana al mes a Barcelona. Ello les facilitó la manera de abordar los comportamientos y las actitudes. A pesar de la formación recibida, aplicar en la práctica los cambios propuestos resultó más que difícil:

"Introducir los cambios después era muy difícil. La contestación de las matronas era: *Oye, esto lo venimos haciendo desde hace 25 años y nos funciona*. Así que fue algo muy complejo. Entonces yo tenía que encargarme de que no se rasurara sistemáticamente a todas las mujeres y no sabes lo que me costó. Entonces a la mujer se le rasuraba entera, o sea, todo el vello púbico en el momento que ingresaba, fuera una amenaza de parto prematuro, un cólico nefrítico o un parto. Aquello era La Inquisición. Contra mí se pusieron todos, matronas y médicos. Las matronas decían que eso era una cochinada y que ellas no iban a trabajar así. De modo que tuve que sacar casuística y buscar bibliografía para demostrar que eso ya estaba constatado, que no se prevenía la infección sino todo lo

contrario, porque si durante el rasurado se hacía una pequeña herida, significaba un foco más de infección”²⁸⁸.

Cuando cambiaron la Subdirección de Enfermería en la que ella había colaborado, siguió con la supervisión unos meses, hasta que finalmente renunció porque se dio cuenta de que no la convocaban a las reuniones y empezó a sentirse incómoda con su cargo. La nueva matrona elegida, Pepi Alemany, consideró que A. Fabra no era de su confianza y según opinión de nuestra informante las componentes del nuevo equipo empezaron a hacerle “la vida imposible” hasta que renunció a la supervisión.

Según Pepi Alemany, la quinta de las matronas entrevistada, el motivo que decidió el cese de Mocholí fue que entre ésta y -el otra vez reiterado en su puesto de Director- el Dr. Galbis había una incompatibilidad insuperable “El tiempo que coincidieron Paca Mocholí y el Dr. Galbis fue una guerra horrorosa”.

“Paca quería hacer una reunión y ocupaba la Sala de Juntas. D. Manuel quería reunirse con gente de otros hospitales y se encontraba el sitio ocupado. Hubo muchas cuestiones incómodas porque se cambiaron formas de funcionar casi por decreto. Se puso a determinadas personas en puestos de responsabilidad *‘porque es amiga mía’*. Cuestiones muy desagradables. Paca y su gente, a lo mejor se habían sentido defraudados antes, pero no fueron personas dialogantes, sino que hicieron cosas *‘porque lo mando yo’*. En fin, por esos graves problemas cesaron a Paca Mocholí. Él hizo mucha, muchísima fuerza para quitarse a Paca Mocholí”²⁸⁹.

²⁸⁸ EAF.

²⁸⁹ EPA.

Isabel Royo había vivido su destitución en el cargo de matrona jefa como una afrenta, por tanto, cuando una vez cesada Mocholí, el Dr. Galbis volvió a llamarla no quiso reincorporarse al puesto de ninguna manera. Su colaboradora Pepi Alemany lo justifica de la siguiente manera:

“Fue una cuestión como de golpe de estado. Yo supongo que fue cuando ganó el PSOE, pero no me acuerdo bien de todo eso. A Don Manuel lo habían defenestrado y yo nunca lo he entendido porque era una persona afín al partido socialista. Hubo otro médico que estuvo unos meses ocupando la dirección, pero luego tuvieron que volver a buscarlo porque el Maternal había perdido mucho prestigio y eso se difundió por todos los hospitales. La cuestión fue que el Dr. Galbis era una persona con mucho prestigio en toda España y muchas de las cosas que se instauraron en el Maternal cuando él estaba, después se trasladaban a otros hospitales”²⁹⁰.

Alemany, en sus dos años de gestión se ocupó de que “se recuperara la sintonía perdida entre médicos y matronas”. El Dr. Galbis tenía plena confianza con ella y cuando Royo se negó a volver, su propuesta fue Pepi Alemany: “Él me conocía y sabía que yo nunca le iba a crear ningún problema y que cualquier cosa que hubiera se lo iba a contar. Porque para que una dirección funcione bien, aunque haya una sola cabeza tiene que haber un buen feed back”.

Enseguida fue a Madrid donde la Dirección Provincial del Insalud impartía un curso sobre gestión para los profesionales recién nombrados en cargos de dirección. Después estuvo desplazándose un fin de semana cada mes a Barcelona durante

²⁹⁰ EPA.

casi un año, donde impartían cursos posgrado dedicados a la formación de personas dedicadas a Gestión y Alta Dirección en la acreditada institución EADA. El curso era presencial y los trabajos se enviaban por correo. Uno de aquellos trabajos consistió en explicar los índices de ocupación, de rotación y de estancia media de las mujeres ingresadas en el Hospital Maternal La Fe. Este trabajo le sirvió como argumento para solucionar uno de los problemas de personal que se presentó a los pocos meses de hacerse cargo de la Dirección de Enfermería del Maternal.

A finales de junio de 1985 se resolvió un concurso de traslados que dejaba el paritorio con diez y ocho matronas menos, debido a que algunas matronas de La Fe habían solicitado el cambio a otro centro, con lo cual había que solucionar la falta de matronas con el agravante de que estaba a punto de comenzar el período vacacional. Alemany se muestra convencida de que la falta de información sobre el número de matronas que habían solicitado el traslado fue algo intencionado para perjudicarle en su gestión:

“Yo no había sido informada de cuantas personas salían de paritorio y ya era finales de junio. Yo creo que eso lo hizo ‘ese grupo’ para crearme problemas. Yo me fui al Edificio 2000 [donde estaba ubicada la Dirección del Insalud en Valencia] y hablé con Burriel que era el jefe de la unidad de personal. Le dije que no esperaba eso de él. Solo conseguí que contrataran ocho matronas”²⁹¹.

La situación pudo superarse gracias a la rápida contratación de las ocho matronas, pero, indudablemente, tuvo que ver la lenta disminución que empezaba a producirse en el número de partos y a que ya estaba en funcionamiento el Hospital Comarcal de

²⁹¹ EPA.

Sagunto. Nuestra matrona lo vivió bajo una importante presión por parte de las matronas que estaban acostumbradas a trabajar de una manera y no aceptaban el recorte de personal. Tuvo que reestructurar los turnos²⁹² y los equipos de trabajo:

"Hice un replanteamiento del trabajo y bajé el número de matronas por turno, dejando los turnos de día con seis matronas excepto algún día que había un refuerzo y eran ocho. Por la noche el turno quedaba bien y además estaban las dos matronas que venían de ambulatorio"²⁹³.

Respecto al proceso iniciado por P. Mocholí, su sucesora afirma que se mantuvieron muchos de los cambios realizados. Se continuó la Educación Maternal y la presencia de las matronas en las consultas de Planificación Familiar y Sexología. Según P. Alemany solo hubo algunas modificaciones en la vestimenta, que ella justifica de la siguiente manera:

"Hubo muchas cosas que permanecieron, que a mí me parecía que estaban bien y yo no quité nada. Lo único que cambié y a ella [Paquita Mocholí] le sentó fatal, es que nos habían puesto pijamas a todas. Y había personas mayores, matronas, que no se veían con pantalones y camisola porque al tener las caderas anchas se veían disfrazadas y yo les permití que volvieran a ponerse sus batas"²⁹⁴.

²⁹² Hemos recuperado un documento de la planilla de las matronas de paritorio del mes de noviembre de 1985: Anexo 1.

²⁹³ EPA.

²⁹⁴ EPA.

El 20 de septiembre de 1985²⁹⁵ se hizo pública una Resolución en la cual se hacía una convocatoria pública para cubrir los puestos de las personas que iban a ser Directoras de Enfermería en distintos hospitales públicos de todo el estado. Uno de ellos fue el de Subdirectora de Enfermería del Hospital Maternal. Se presentaron varias candidatas y el puesto lo consiguió Esperanza Ferrer, la siguiente matrona entrevistada. En aquellos momentos estaba desempeñando el cargo de Jefa de Estudios en la Escuela de Enfermería La Fe. Tras su nombramiento en el Insalud, consideró que como cortesía debía presentarse oficialmente al Director de la Maternidad, al Jefe del Servicio de Obstetricia y al Jefe del Servicio de Ginecología, a los que conocía por los años trabajados como supervisora en el quirófano y porque ella ya era profesora de la Escuela de Enfermería, cuyo Director Médico era el Dr. Galbis. Ella se sentía muy orgullosa porque, por primera vez, se había convocado públicamente la plaza y ella la había ganado. Sin embargo, recibió un frío recibimiento:

"Digo que el Dr. Galbis y el Dr. Monleón no me apoyaron en el siguiente sentido. Yo fui a decirles: 'Ya sabéis que me han nombrado subdirectora de enfermería del maternal y espero que trabajemos juntos. Ellos me contestaron: 'En lo profesional no vamos a ir en contra, pero no cuentes con nuestra aprobación'. Francamente, yo creo que eran ellos los que debían haber venido a felicitarme porque la plaza no me la había dado nadie como hasta entonces, sino que la había ganado yo. Y aún siguieron: 'No te vamos a poner zancadillas, pero ya sabes que no eras nuestra candidata'"²⁹⁶.

²⁹⁵ BOE N. 226. Se convocan 60 puestos de Directores de Enfermería mediante una Resolución del 12/09/1985 que se publicó el 20 de septiembre. pp.29689-91.

²⁹⁶ EEF.

Pero Esperanza Ferrer ya era una mujer con carácter y estaba muy concienciada de su categoría como enfermera. Desde 1977 los ATS dejaron de ser *Ayudantes Técnicos* Sanitarios y se había conseguido que la carrera de Enfermería fuera una disciplina universitaria con competencias propias y solo algunas de ellas derivadas de las prescripciones médicas. Las enfermeras tenían su razón de ser en el cuidado de las personas sanas y las enfermas, pero no eran profesionales al servicio de los médicos. Por tanto, su respuesta no pudo ser otra: "Dr. Galbis, no puedo entender cómo me ha buscado usted para que fuera directora de la Escuela de Enfermería y ahora no me apoye como Subdirectora de Enfermería del Maternal, pero yo voy a empezar a trabajar con o sin su aprobación"²⁹⁷.

Para comenzar la labor de gestión buscó a dos personas de su confianza con el propósito de nombrarlas Adjunta de Enfermería y Adjunta de Matronas. Para la primera eligió a Merche Calvo, una enfermera que hasta entonces había trabajado en el Hospital Infantil. Como Adjunta de Matronas llamó a Rosa Ribes que era una matrona afiliada al sindicato Unión General de Trabajadores y al PSOE: "Estaba muy vinculada a la corriente política que en ese momento tocaba y ella manejaba muy bien el tema de los sindicatos, la plantilla, etc..."

Para evitar un funcionamiento que se había producido en tiempos anteriores y que ella consideraba erróneo, tuvo una primera reunión con las supervisoras y marcó el primer objetivo: 'Cohesionar el equipo de Dirección de Enfermería'. Para ello, la información debía transmitirse correctamente desde el despacho de dirección a las distintas unidades, porque debían funcionar

²⁹⁷ EEF.

como un equipo compacto. En los años de la jefatura de Isabel Royo, cuando ésta daba una información, las supervisoras no se implicaban directamente en su cumplimiento y subían a las distintas unidades comenzando el contenido de la norma con un "Las de abajo dicen que..." y de ese modo el resultado no era el esperado. Según testimonio de Ferrer: "A mí me parecía terrible. Les dije: *Esto es un equipo y la organización es responsabilidad de todas las personas que lo formamos. Vosotras sois las supervisoras y estáis comprometidas*"²⁹⁸.

El segundo objetivo fue 'cambiar una dinámica que existía en la planta de puérperas' y que se propuso erradicar. En dicha unidad estaban las madres recién paridas y las niñas y niños que acababan de nacer. Y la organización de las enfermeras era que en el turno de mañanas había una enfermera que se ocupaba de las madres y otra, que estaba de mañanas fijas y se ocupaba de los bebés. Ya desde la formación se insistía en el binomio madre-recién nacido, por eso nuestra informante no entendía que cuando una enfermera pasaba visita con el ginecólogo y éste hacía alguna pregunta sobre el bebé había que avisar a la enfermera de niños para que les diera la información. Al mismo tiempo, cuando pasaba visita el pediatra y hacía alguna pregunta sobre la lactancia tenían que llamar a la enfermera que se ocupaba de las madres. La pretensión de Esperanza Ferrer fue que todas las enfermeras estuvieran igual de capacitadas para atender a madre e hijo/a y para ello todas tenían que hacer turno rodado. Recibió la contestación por medio del Comité de Empresa al que habían ido a quejarse las enfermeras que se negaron a abandonar el turno fijo que tenían y éste las apoyó. El objetivo no pudo cumplirse y aún

²⁹⁸ EEF.

ahora que han pasado casi treinta años se sigue igual. Así lo recuerda Esperanza Ferrer:

"Ahí me peleé con los obstetras, con el Dr. Monleón, con el Dr. Roqués y con los pediatras, sabiendo que era muy difícil el tema. Viendo que lo tenía perdido, hice un estudio de las historias clínicas para demostrar a qué hora del día bajaban a los recién nacidos a observación de urgencias. Y resultó que siempre los bajaban por la tarde y por la noche cuando no estaba la enfermera pediátrica, porque era entonces cuando el bebé tremolaba, cuando se ponía cianótico, cuando regurgitaba, etc. Las enfermeras de maternidad decían que a ellas el niño les daba mucho miedo porque ellas estaban acostumbradas al loquío, a la compresa y al periné, y así demostré que era una mala organización. A pesar de haber demostrado científicamente que todas las enfermeras que estaban en puerperio tenían que estar capacitadas para atender a la madre y al hijo, no se resolvió el tema"²⁹⁹.

Según nuestra informante, el tercer objetivo que se planteó fue '*Proteger a la mujer que solicitaba la interrupción voluntaria del embarazo*'. En 1985 se había promulgado la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo³⁰⁰ y había que organizar la aplicación de la misma en los hospitales públicos. La mayoría de los profesionales médicos, de las matronas, de las enfermeras, de las auxiliares y otros trabajadores del hospital plantearon la objeción de conciencia. Por parte de los médicos lo asumió el

²⁹⁹ EEF.

³⁰⁰ Ley Orgánica 9 de 5 de julio 1985 que modifica el art. 417 bis del Código Penal. (B.O.E. núm. 166. 12 julio de 1985). Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/312/859/>. Consultada el 15 de agosto de 2013.

equipo que se encargaba de la consulta de Planificación Familiar: Dr. Díez, Dra. Martí, Dra. Benach y Dr. Fillol. Los abortos se practicaban en las guardias de este equipo médico y por el personal de enfermería que estuviera trabajando en dicho turno. Según relata Esperanza Ferrer la organización era la siguiente:

“Se hacía por la tarde. Las mujeres bajaban sin la historia clínica que la bajaba en mano el ginecólogo que se iba a encargar del proceso. Se entraba al área de dilatación-paritorio por el pasillo que llevaba directamente a quirófano y se instalaban en el paritorio 1, donde se tapaba con paños verdes la ventana que daba a quirófano. A mí no me parecía bien, pero decían que era para proteger la intimidad de la mujer”³⁰¹.

En una de las guardias del Dr. Díez se planteó un problema que llevó a que se produjera una fuerte discusión entre el médico y la Subdirectora de Enfermería del Maternal. El celador que trasladó a la mujer desde la planta se equivocó y la entró por el pasillo que conduce directamente a las salas de dilatación, la introdujo en una de ellas y dejó la historia encima de la cama de la gestante, como si fuera una mujer que bajaba en período activo de parto. La matrona cuando llegó a la dilatación, después de saludar a la mujer y sin haber leído la historia clínica, empezó por su trabajo rutinario escuchando la frecuencia cardíaca al feto. La gestante tenía una discapacidad psíquica y se acogía al primer supuesto que permitía el aborto en el caso de que se pudieran presumir problemas para la salud física o mental de la futura madre. Cuando el Dr. Díez comprobó que la mujer no estaba en el paritorio 1, fue al pasillo de dilatación y se encontró que la matrona había rellenado todos los registros como si se tratara de

³⁰¹ EEF.

una mujer en período de dilatación. El enfado le llevó a la exaltación y los gritos y llamaron a la máxima responsable, Esperanza Ferrer, que lo recuerda con este testimonio:

“Llamaron a mi casa porque era por la tarde y tuve que acudir al hospital con la firme intención de averiguar por qué se habían cometido tantos fallos. Hice bajar a mi despacho a Díez y hablando a gritos me dijo que la matrona había puesto el Sonicaid³⁰² y el feto se oía. Yo le contesté: ‘A ver, Eduardo, ¿de qué estamos hablando? Es un aborto provocado, no es un diferido y el feto tiene latido’. El respondió con la misma irritación: ‘Es que la señora no tiene muchas luces y nos pueden llamar abortadores y eso puede llegar a oídos de mis hijos’³⁰³.

Ferrer reafirmó su idea de que tanto Díez como los otros miembros del equipo que realizaban las IVE habían dado un paso hacia delante y se responsabilizaban de ello mientras se hiciera de una manera velada: “Yo creo que había una doble moral”. Consiguió que no sancionaran a la matrona ni la expulsaran del paritorio como exigía el Dr. Díez, ya que como sabemos la ira se descarga siempre sobre la pieza más débil del engranaje. Y en este caso era la matrona. El tema se solucionó pero, a partir de entonces, la objeción de conciencia era la postura habitual de la mayoría del personal sanitario ante las IVE.

Durante los siete meses que duró su gestión todavía tuvo que enfrentarse a otro problema relativo al tema de personal. Pedro Mariño, gerente del hospital, la llamó desde la Conselleria de Sanitat con la propuesta de reducir la plantilla en el paritorio. Le argumentó que había estado en otras maternidades similares a

³⁰² Aparato que se utilizaba para escuchar la frecuencia cardiaca fetal (FCF) intraútero.

³⁰³ EEF.

la de La Fe y funcionaban con menos matronas. De las aproximadamente sesenta matronas que conformaban la plantilla del paritorio había que quedarse con solo cuarenta. Nuestra Subdirectora de Enfermería junto con la Adjunta de Matronas visitaron dos hospitales similares en número de partos: La Paz en Madrid y El 12 de Octubre en Barcelona para observar 'in situ' la organización. Es cierto que había menos matronas, pero la estructura física y los recursos materiales no eran los mismos. Había un control central que era circular desde donde se veía todos los monitores, las mujeres podían pasear durante la dilatación con monitorización inalámbrica y los maridos estaban con ellas durante todo el proceso. Este era un tema que todavía no estaba implantado con normalidad en el paritorio de La Fe, sino que seguía siendo algo voluntario que no propiciaban todas las matronas por sistema. De esta visita volvieron con datos suficientes para elaborar un estudio que una vez terminado presentaron a la Consellería. Estas son las palabras de Esperanza Ferrer:

"Le dije que estaba dispuesta a funcionar con solo cuarenta matronas si se tiraba el paritorio y se remodelaba para hacer una estructura diferente y se dotaba con una cantidad de monitores que entonces no se tenían. Es decir, un monitor inalámbrico para cada mujer. Yo le dije: 'Si usted está planteando la dilatación y el parto tecnológico, yo no estoy de acuerdo, pero lo pondremos en marcha si la dotación de recursos técnicos es la adecuada'. Se calló y pudimos mantener el mismo número de matronas"³⁰⁴.

Desde 1982 hasta 1986 el Ministro de Sanidad y Consumo era Ernest Lluch, político del PSOE asesinado por ETA en

³⁰⁴ EEF.

noviembre del 2000 cuando ya estaba apartado de las responsabilidades políticas. Fueron momentos de transformación en el ámbito sanitario y en el académico mediante la profesionalización de los puestos directivos para lo cual se estaban realizando auditorías. Se pretendía hacer una reestructuración en las Escuelas de Enfermería, en los Centros de Salud, en la Atención Primaria y en los Hospitales.

Durante los siete meses que Ferrer ocupó la Subdirección de Enfermería del Maternal el puesto que ella había estado ocupando en la Escuela no se sustituyó. La llamaron desde Madrid para que cubriera la Dirección de la Escuela y de nuevo encontró resistencias:

“Volví a la Dirección de la Escuela y sustituí a Pilar Pastor. En Madrid se había gestado la idea de que según saliera el resultado de la auditoría realizada en la Escuela a mí me trasladarían de Subdirectora de la Maternidad a Directora de la Escuela. Yo era joven y aunque en la maternidad quedaban muchas cosas por hacer, a mí la Dirección de la Escuela me fascinaba. Pero en mi caso, siempre que he llegado a una dirección no me lo han puesto fácil”³⁰⁵.

Cuando en mayo de 1987 volvió a la Dirección de la Escuela, cesaron al Director Médico -el Dr. Galbis-, y a la Directora Enfermera -Pilar Pastor-, repitiéndose el mismo movimiento que siete meses antes se había realizado en la maternidad. Pero eran tiempos de renovación y se acometió desde el Ministerio la supresión de los Directores Médicos de las Escuelas de Enfermería, que de manera paternalista y en función de su jerarquía habían dirigido las mismas, con la finalidad de que ese cargo fuera

³⁰⁵ EEF.

ocupado por Profesoras de Enfermería. El impulso vino determinado desde el mismo Ministerio que legisló para que los programas de las distintas materias que conformaban la disciplina enfermera fueran diseñados, coordinados, impartidos y evaluados por el profesorado de enfermería y no por los médicos. La reacción del Dr. Galbis hacia Esperanza Ferrer no se hizo esperar ya que se sentía doblemente agraviado, primero por el cese de Pepi Alemany en la maternidad y otra vez por el de Pilar Pastor en la Escuela: "Vuelve usted a quitarle el puesto a otra persona. Esos rojos, esas pequeñas piezas del sistema que la han elegido a usted, puede que no sean de fiar. Tenga cuidado porque si cae de tan alto puede hacerse daño"³⁰⁶.

Ferrer volvió a la Escuela de Enfermería como Directora de la misma y la persona que ocupó el cargo de Subdirectora de Enfermería del Maternal fue –la que había sido su Adjunta de Matronas-, Rosa Ribes. Ella había asistido a los cursos del EADA en Barcelona, tal y como había hecho alguna de sus antecesoras en el cargo para recibir la formación adecuada en torno a temas de Dirección y Gestión de empresas. Como Matrona Adjunta la acompañó Fina Gómez y como Adjunta de Enfermería, Lola Llisterri que estaba como Supervisora en la Unidad de Rayos. Estamos en unos años en los que se empieza a justificar la gestión mediante 'ratios' o índices. Tienen que justificar la relación entre el trabajo realizado, la ocupación de camas y el número de profesionales que trabajan en cada unidad:

"Hay que trabajar por ratios y hubo que estudiar todas las plantas. Respecto a las matronas, siempre se ha pensado por parte de los médicos que sobrábamos matronas, eso lo he oído desde que entré. Se decía que no tenían ratio y lo que pasa es

³⁰⁶ EEF.

que el paritorio estaba mal organizado porque no había distribución de cargas. Siempre teníamos que estar defendiendo a enfermeras y matronas pero, evidentemente, teníamos que cubrir las demandas de la Dirección Médica³⁰⁷.

Efectivamente, tal y como afirma en su testimonio Rosa Ribes, cuando se hacían las estadísticas del trabajo realizado en el paritorio de La Fe se contabilizaba el número de partos, el número de cesáreas y el número de inducciones. Luego se dividía el número de partos entre el número de matronas y el resultado siempre era el mismo: demasiadas matronas para el número de partos que había. Tuvieron que pasar todavía varios años hasta que se han realizado publicaciones donde se contemplan las actividades que hay que realizar para aplicar los cuidados enfermeros y contabilizar el tiempo que cuesta la ejecución de cada una de ellas. Tenemos que aceptar que no es un tema resuelto porque, lamentablemente, la Epistemología del Cuidado (Vélez, Hoover, 2011, p.52) está mucho más desarrollada que la gestión de los hospitales, que continúa anclada en un modelo Biologicista, que ha dejado en un segundo término los aspectos psicológicos y sociales que rodean a las personas y con criterios que han priorizado la disminución de gastos en personal enfermero para poder invertir ese dinero en avanzada tecnología.

En cuanto a los objetivos que se planteó desde la Subdirección de Enfermería, el primero fue *'solucionar un problema de personal'*. Se acababa de crear la Unidad de Reproducción Asistida donde enseguida se comenzaron a realizar las Fecundaciones In Vitro (FIV). La unidad se dotó con tres enfermeras y tres auxiliares de enfermería. Pero no era una consulta como las que habían funcionado hasta ese momento, sino

³⁰⁷ ERR.

que había mujeres que tenían que acudir a inyectarse a las doce de la noche o a las tres de la mañana y también había que cubrir los fines de semana. Se necesitaba personal para quirófano, para la propia consulta, para las extracciones de sangre, etc. Fue muy complicado de resolver y a Rosa Ribes no le duelen prendas en afirmar que:

“Con toda seguridad el proyecto salió adelante gracias al apoyo de enfermería, porque no se dotó al hospital de más plantilla. El Dr. Romeu puso en marcha algo que era muy novedoso y lo que decía ‘iba a misa’. Era una persona muy querida por Don Joaquín Colomer, que era el Conseller de Sanitat”.

Otro de los objetivos que se cumplió fue el de *‘abrir otra nueva unidad’*, el Hospital de Día de Gestantes, donde se hacen los controles que son requeridos al final del embarazo y se realiza una monitorización cardiotocográfica. Hubo varias discusiones con el médico que se iba a encargar de la unidad -Dr. Mahiques-, porque pretendía ser él quien designara a la matrona y a la auxiliar que iban a hacerse cargo.

Desde que el Partido Socialista llegó al poder, la enfermería del hospital había empezado a tener mucha más autonomía y se agilizó el tema de los trasplantes, se instauró la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, se comenzó a hacer el Triage –término traducido del francés que significa ‘clasificación’- en la Puerta de Urgencias. Se sistematizó la convocatoria regular de la Junta de Hospital, a la que acudían los representantes y se discutían los problemas que habían surgido en cada pabellón. Primero se hacía una Junta en el Maternal y desde allí, el Subdirector Médico lo trasladaba a la General. Rosa Ribes recuerda con cierta ironía la reacción del Dr. Mañes, que era el representante en ese momento: “Mañes me decía que le diera por escrito a lápiz lo que quisiera

que trasladara y así él 'podía borrar'. Eso hay que llevarlo a veces con buena cara y otras veces enfadada". Durante los primeros años que Ribes ocupa la Subdirección de Enfermería, tiene como Subdirectores Médicos a varias personas, las cuales aceptan cubrir provisionalmente el puesto: el Dr. Mañes, el Dr. Díez, el Dr. Campos –que era alergólogo- y el Dr. Rius que durante unos meses ocupó el cargo en Comisión de Servicio. Cuando se convocaron las plazas de dirección oficialmente, la plaza de Director Médico la obtuvo Javier Rius, Rosa Ribes la Dirección de Enfermería del hospital y Lola Llisterri la Subdirección del Maternal.

El último tema que tuvo que abordar, aunque ya se había iniciado en la etapa de su predecesora, fue el de las interrupciones de embarazo. La estrategia se manejó mal desde el principio por la Dirección Gerencia, ya que pensaron que una buena medida para conseguir la aceptación de las personas que podían verse implicadas profesionalmente fue hacer pública una lista en la que constaban las personas que habían participado en la realización de alguna interrupción de embarazo y aplicarles el pago de la productividad. El objetivo que se pretendía conseguir era normalizar esa situación, querían que se supiese públicamente que no pasaba nada, sino que era positivo cumplir la Ley porque además se gratificaba. La Subdirectora no estaba de acuerdo con la forma que habían elegido porque se hacían públicos los nombres y podía ser un revulsivo para los profesionales implicados. Como ella preveía el resultado fue negativo y tras el descontento manifiesto de la mayor parte de profesionales hubo que retirar la lista:

"Bajó mucha gente al despacho a decirme que la quitara de la lista y que, desde luego, no contara con ella nunca más. La mayoría de las matronas se sintieron ofendidas. Al lado de los

nombres hubo personas que escribieron 'asesino' o 'asesina', e incluso había personas que cuando subían o bajaban por la escalera se lo decían a la cara. A muchas personas les dolió mucho"³⁰⁸.

En 1992 la nombraron Directora de Enfermería del Hospital La Fe. El primer problema que tuvo que solucionar era una petición formal por parte de las matronas del paritorio que solicitaban cambiar el turno rodado por guardias de veinticuatro horas. Los argumentos que habían presentado las matronas y que habían sido estudiados y avalados por la Subdirección de Enfermería explicaban que de ese modo se mejoraría la calidad en la asistencia prestada y se proporcionaría continuidad del cuidado, ya que la estancia media de las mujeres en paritorio era de doce horas. Ello permitiría que la gestante conociera a la matrona que iba a permanecer con ella y pudiera establecerse una confianza y una empatía que favorecía lo que en términos sanitarios se conoce como una relación terapéutica. También mejoraría la atención a la mujer porque sería la misma profesional la que realizaría todos los tactos vaginales. Ribes consiguió el apoyo del Director Médico, Javier Rafecas y eso fue fundamental para conseguir el objetivo.

Una vez instaurado el nuevo turno había que seguir apoyándolo y realizaron otro estudio que demostró que con las guardias de veinticuatro horas disminuía el absentismo laboral. Pero tanto las matronas como la Dirección de Enfermería tenían la convicción de que era una buena medida porque daba respuesta a lo que pedían las mujeres: que fuera la misma matrona la que estuviera con ellas desde el comienzo hasta que terminara el parto. En aquellos años empezó a tomar relevancia la voluntad y los derechos de los usuarios, por tanto, utilizar este lenguaje en

³⁰⁸ ERR.

los puestos de gestión era una garantía de que se consiguiera llevar adelante una medida. El último argumento que se ofreció fue la constatación de que en el resto de los paritorios de los hospitales los turnos de las matronas eran de veinticuatro horas. Así había sido desde que cualquiera de las matronas se había formado hasta que se inauguró la Maternidad de La Fe, donde se optó desde el principio por poner el mismo turno que al resto de enfermeras y enfermeros, seguramente porque la plantilla de matronas era mucho más elevada que la de cualquier otro hospital valenciano. Rosa Ribes lo cuenta así en su testimonio: “Es un turno que considero, de verdad, adecuado para determinadas unidades como Paritorio o la Unidad de Cuidados Intensivos. Es posible que sea muy cansado, pero lo principal es la atención continuada a la persona en situaciones muy complejas”³⁰⁹.

Rosa Ribes fue la última matrona que se hizo cargo de la Subdirección del Maternal de La Fe. Cuando ella pasó a ser la Directora de Enfermería de La Fe, la sustituyó una enfermera, Lola Llisterri, que había estado con ella de Adjunta. En octubre de 1995 ganó las Elecciones Municipales y Autonómicas el Partido Popular y en el año siguiente fue el partido más votado en las Elecciones Generales. Ribes fue cesada en octubre por el nuevo Conseller, Joaquín Farnós, y la Dirección de Enfermería fue ocupada por otra matrona que se había dedicado a la docencia en la Escuela de Enfermería: Rogelia Fernández. “Le di el relevo y se hizo una transición muy tranquila. Cesaron a las personas que habían ocupado las Subdirecciones de los otros centros y todos volvimos a nuestro anterior puesto de trabajo”.

Nuestra octava informante, Amparo Montoya, solicitó en 1988 el traslado desde Almería, donde había conseguido su plaza

³⁰⁹ ERR.

fija, para volver a su ciudad de origen y la obtuvo en el paritorio de la antigua Residencia General Sanjurjo. Las coincidencias hicieron que en ese momento acababa de jubilarse la matrona que hasta entonces se había ocupado de la supervisión organizando los turnos de las matronas y haciéndose cargo de los pedidos del material necesario para la unidad. Como ninguna otra compañera quiso responsabilizarse de la gestión, la recién incorporada pensó que era una función que estaba capacitada para asumir. A los pocos meses, ya en 1989 se inauguró el Hospital Dr. Peset y hubo que proceder al traslado del paritorio. Pero el objetivo de Montoya no era únicamente que se cambiaran las instalaciones, sino que se modificaran las formas de trabajo y de organización del personal que ya no tenían razón de ser. Fue una época muy difícil porque contó con la resistencia de algunos miembros del equipo médico. De esta manera lo refiere nuestra informante:

“Fue un error mío y de la Dirección de Enfermería el pensar que podríamos corregir errores de funcionamiento ya que íbamos a pasar de un hospital antiguo a uno nuevo. El paritorio había funcionado como un Bunker [sic], pero un bunker de verdad, ya que se tenía que llamar a un timbre para poder entrar en él. Fue un momento donde políticamente interesaba hacer cosas. Estaba en el gobierno el Partido Socialista y se mostraba interesado con el tema de las mujeres y sus partos. Pero, por un lado estaban los directores políticos y, por otro, los politiqueros [sic] de algunos trabajadores de este servicio que habían ocupado cargos políticos y habían tenido que volver con un resentimiento en sus acciones que impidió que las cosas pudieran funcionar allí”³¹⁰.

³¹⁰ EAM.

Pero la nueva supervisora, después de realizar un estudio del número de partos que se asistían y teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, hizo sus propuestas respecto al número de matronas que debía haber en cada guardia, las funciones que éstas tenían que desempeñar y la organización general del paritorio. Una de las medidas más importantes fue que hasta ese momento, después del parto los recién nacidos pasaban a la unidad de 'nidos' -que según la terminología actual se denominaría neonatos-, con lo cual la madre y el hijo o la hija recién nacidos se separaban tras el parto. A partir de entonces empezaron a subir con la madre, no en la misma cama sino en una cuna. Hubo resistencias por parte de algunas de las matronas y de la mayoría de los obstetras, pero lo cierto es que los cambios realizados se han mantenido hasta la actualidad.

4.5. El ámbito laboral asistencial.

En los primeros años de nuestro estudio, para iniciar la vida laboral había dos variables de enorme importancia que pesaban para que se produjera una rápida incorporación de las matronas recién tituladas. El primero era la mayor o menor necesidad de aportar un salario a la familia, y el segundo –relacionado con el anterior– la posibilidad de poder elegir el cómo y el cuándo aceptar un trabajo con el que se sintieran plenamente identificadas, en la medida que les ofreciera desplegar su inequívoco sentimiento vocacional. La situación de nuestra primera informante era acomodada, por tanto se permitió tardar unos meses para elegir el lugar donde iba a desempeñar su profesión a pesar de que la costumbre entre las profesionales recién tituladas era solicitar trabajo en el INP y apuntarse en lo que se llamaba 'El

libro de Escala', que era una especie de bolsa de trabajo a la que se recurría para cubrir las plazas vacantes:

"Pero yo no quería buscar otra opción porque yo ya iba a trabajar todos los días aunque había terminado la especialidad porque allí no había nadie y no cobraba nada, pero entonces yo no pensaba en eso. Seguramente porque mis padres me podían mantener y, de hecho, después nunca les entregué un sueldo. Era mi vida". (...) "Cuando yo terminé matrona, el médico de El Puig me ofreció la plaza de matrona municipal de allí y no la acepté porque a mí lo que me gustaba era el hospital. Entonces eran las matronas de APD y te pagaba el municipio. Luego, cuando la Seguridad Social empezó a atender a todas las mujeres, pagaban además según el número de cartillas que tenía la población³¹¹.

Sin embargo, su reacción fue distinta cuando el catedrático con el que se había formado depositó en ella su confianza para empezar una aventura profesional muy distinta. En mayo de 1960 abrieron el servicio de maternidad en el Hospital Clínico, que estaba anexo a la Facultad de Medicina y había que adecuar las instalaciones y planificar la organización de la unidad. Fue el primer gran reto para Isabel Royo³¹² que lo recuerda de la siguiente manera: "Terminé matrona en septiembre del 59 y en el mes de mayo del año siguiente abrieron el Hospital Clínico. D. Paco Bonilla nos pidió a Amparo Góngora, a Rosa Zamora y a mí

³¹¹ EIR.

³¹² En aquellos años todavía no se hablaba de gestión por parte de las ATS, aunque tuvieran que organizar, planificar y valorar el funcionamiento de una unidad hospitalaria. Era una tarea que les encomendaba el catedrático del servicio y que realizaban siguiendo sus instrucciones.

que nos fuéramos allí de matronas. Empezamos las tres y montamos la maternidad”³¹³.

Se produjo un cambio significativo en la dotación de material, en la organización del trabajo que poco a poco iba introduciendo la instrumentación en la asistencia al parto, también se empezaron a controlar los embarazos en la policlínica y hubo un incremento notable en el número de nacimientos. Para Isabel Royo y para las dos compañeras que vivieron con ella los inicios de la maternidad del Hospital Clínico, las mejoras eran incuestionables:

“Llegamos al Clínico y fue un cambio radical. Pasamos de estar en salas oscuras, con camas viejas, con los colchones de hule que estaban agujereados y sin cunas para los niños que tenían que estar en la cama de sus madres, a un espacio donde todas esas deficiencias habían desaparecido. Las monjas seguían estando en el Clínico pero tenían un horario muy controlado por sus rezos y su hora de comida. Poco a poco dejaron de tener el peso que habían tenido en el Hospital General. Había una monja en el quirófano que estaba en la misma planta y estaba Sor Matilde en la sala de ginecología. El quirófano estaba compartido entre ginecología por las mañanas y neurocirugía por las tardes. (...)También había dos enfermeras pero tenían que salir antes porque trabajaban en [el hospital General] Sanjurjo. Yo creo que trabajaban de 8 a 14 y a las 15 entraban en el otro hospital, así que el quirófano se quedaba *patas arriba* y yo no me iba de allí hasta que todo quedaba ordenado, porque un quirófano siempre ha de estar preparado para un legrado o para una cesárea de urgencia. Teníamos que preparar y limpiar el hervidor para las jeringas, teníamos que desembozar las agujas, el alcohol había que filtrarlo varias veces con algodón antes de cambiarlo, había que dejar limpio el reanimador”³¹⁴.

³¹³ EIR

³¹⁴ EIR.

Las matronas de Asistencia Pública Domiciliaria (APD)³¹⁵, que en la ciudad se llamaban matronas municipales, hasta ese momento en que comenzó a plantearse la asistencia al parto en el hospital habían trabajado incansablemente día y noche, durante los 365 días del año, en la asistencia a los partos domiciliarios. Aunque entrara dentro de sus funciones el seguimiento del embarazo, no era costumbre entre las mujeres seguir un control planificado del mismo, como se hace en la actualidad. Además, no se disponía de ningún tipo de tecnología, solo podía escucharse al bebé con el estetoscopio y, si acaso, tomar la tensión arterial. Seguramente, si los embarazos se hubieran controlado no habrían sucedido los problemas que con frecuencia se presentaban en el

³¹⁵ En los años 40-50 y tras la creación del SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad), los Cuerpos de Sanitarios Locales (Médicos, Practicantes, Matronas, Veterinarios y Farmacéuticos) que existían en todos los pueblos y ciudades de España, fueron obligados a hacerse cargo de las cartillas del SOE, en ese momento nació el Cuerpo de APD (Asistencia Pública Domiciliaria), que se mantuvo en ejercicio hasta que el RD 187/84 de Estructuras Básicas de Salud y la Ley de Sanidad de 1986 se pusieron en vigor y les fueron ofertadas plazas en los nuevos Centros de Salud. El Cuerpo de APD era de tipo funcionarial-nacional, y por tanto era indispensable realizar una oposición para poder entrar en él. Los profesionales de APD se hacían cargo de los pacientes adscritos de la Seguridad Social mediante unos cupos máximos y mínimos, que en la ciudad se denominaban "Zonas", cosa que no existía en los pueblos, donde si podía haber "Anejos". Dependiendo del tipo de zona o del número de anejos, las plazas se dividían en categorías que iban de 1ª a 4ª. El trabajo de los Practicantes y Matronas de APD, fue uno de los más amplios y de mayor libertad de trabajo dentro de la profesión. Su capacidad e independencia respecto al médico eran amplísimas, mucho más que los que desarrollaban y desarrollan su trabajo en el mundo hospitalario.

momento del parto, tal y como nos refiere nuestra primera informante:

“Se veían muchas patologías como Diabetes, Eclampsias o Isoinmunización Rh. Aunque las matronas municipales tenían que controlar durante el embarazo a las gestantes, las mujeres acudían a los 6 meses a la consulta y ellas les firmaban un volante para que cuando se pusieran de parto acudieran al hospital”³¹⁶.

Testimonio que se corresponde con el de María, nuestra matrona E26:

“Quiero destacar la gran repercusión y el avance tecnológico que supuso la aparición de los monitores en paritorio, así como la incorporación más reciente del ecógrafo y, por supuesto, el control y seguimiento del embarazo. Antes había un elevado índice de morbilidad materna por cardiopatías no detectadas, edemas agudos de pulmón, coagulopatías; y también del recién nacido por malformaciones congénitas no detectadas, fetos macrosomas, fetos muertos antes del parto, etc...”³¹⁷.

En la maternidad del Hospital Clínico había escasez de camas porque durante los años sesenta se incrementó el número de hijos debido a que la situación económica había empezado a mejorar para la población española.

El hecho de poder dar a luz en un hospital, a las mujeres se les antojaba como una mejora en la seguridad porque sabían que si había alguna complicación en su parto no tendrían que padecer el traslado en ambulancia desde su domicilio al hospital.

³¹⁶ EIR.

³¹⁷ E26.

Ese razonamiento también lo hacían las mujeres con más recursos económicos:

“En los primeros meses venían las mujeres de beneficencia, pero al poco tiempo empezaron a venir las de la Seguridad Social. Había escasez de camas porque había muchos partos, en los años 60 hubo un *boom* de nacimientos ya que se empezaba a ver un crecimiento económico supongo que relacionado con el Plan Marshall (sic). No solo las mujeres afiliadas o beneficiarias de la Seguridad Social eran las que ocupaban esas camas hospitalarias. Había mujeres que se controlaban la gestación en la consulta privada de un médico y en el momento del parto iban al Clínico, se les daba una cama, los médicos venían y les hacían el parto”³¹⁸.

Sin embargo, muchas pautas de funcionamiento se mantuvieron estancadas debido a la situación en la que se encontraba la ciencia obstétrica³¹⁹ y debido a la escasez de personal con formación contratado para atender los percances que pudieran producirse, tanto en la madre como en la criatura recién nacida. Algunas situaciones complicadas son rememoradas por Isabel Royo:

“Yo recuerdo una mujer que había que ponerle anestesia general y hasta que llegara el anestesista lo tenías que hacer tú, incluso intubar a la mujer y poner el Pentotal porque si no, se

³¹⁸ EIR.

³¹⁹ Para hacernos una idea cercana de la situación de la Obstetricia de principio de los años sesenta del siglo pasado, basta con recordar alguno de los temas en los cuales se investigaba. En el Anuario de la Facultad de Medicina de Valencia de 1962-63 consta que durante ese curso el título de uno de los artículos publicados por M. Galbis llevaba el título de *La perfusión endovenosa del Pitocin* y otro, publicado en la Rev. Esp. Obst. Gin. Nº 130 por M. Tortajada llevaba el título *Transfusión feto-materna*.

moría la mujer. Intubar niños o lo que se necesitara". (...) "El médico no estaba de presencia física sino que lo llamábamos, como teníamos que llamar al anestesista cuando se necesitaba. Podíamos llamar al pediatra, pero a veces era angustioso el tiempo de espera y podía tener consecuencias fatales para la vida del recién nacido. Después de muchas discusiones se hizo un convenio y un pediatra pasaba todos los días visita. Además, lo podíamos llamar cuando teníamos a un niño con problemas o cuando pensábamos que el niño podía tenerlos en el parto"³²⁰.

Un año después de obtener el título de matrona Pepi Alemany, que continuaba trabajando de enfermera en el Hospital Clínico fue requerida por el Dr. Tortajada para trabajar por las mañanas en paritorio, realizando funciones de supervisión. A los pocos meses se amplió la plantilla y empezó a trabajar como matrona coincidiendo en las guardias con María Sastre, permaneciendo hasta el 31 de diciembre de 1970:

"Cuando yo llegaba lo que hacía era lo que había aprendido de Isabel Royo: limpiar muy bien los bancos, limpiar las jeringuillas y las agujas y dejarlas esterilizadas, poner los paquetes de ropa en los armarios y tener los paños ordenados. Si mientras había algún parto, yo ayudaba. En 1968 ya se pusieron dos matronas por guardia y me quedé hasta el 31 de diciembre de 1970"³²¹.

En aquellos años, debido a la ausencia de cualquier herramienta que pudiera acceder a la visualización del feto intraútero nacían niñas o niños con malformaciones fetales que hoy en día se nos hacen difíciles de comprender, porque con la aparición del ecógrafo y el diagnóstico prenatal, en la actualidad serían detectables en los primeros meses de la gestación y serían

³²⁰ EIR.

³²¹ EPA.

candidatas a interrumpir un embarazo que se considera de un feto inviable. Este es el testimonio de una de las experiencias vividas por Pepi Alemany:

"Yo he tenido la suerte de coincidir con patología. Pero, no solo de eclampsias sino que en el Clínico hubo un feto en Y, y yo estaba de guardia. La mujer tenía una barriga como de gemelos. Salió la cabeza y todo el mundo se puso a tirar y como no salía, llamamos al Dr. Tortajada. Se pasó a la mujer a Rx y se vio que eran dos cabezas y dos tórax, y de cintura para abajo solo un feto. Se pasó a quirófano y se acabó porque, como es lógico, estaba muerto. Eso me enseñó que cuando hay un problema hay que solucionarlo con una cesárea"³²².

Durante la década de los setenta del siglo XX se produjeron importantes avances en el campo de la obstetricia y se consolidaron otros que habían surgido años antes pero que todavía no se habían aplicado en la práctica asistencial en nuestro país de manera continua. Con respecto a la prevención, se introdujeron los cuidados prenatales que lograron excelentes resultados en el diagnóstico de la preeclampsia y otras patologías gestacionales, llegando a conseguirse una notable disminución de la mortalidad materna. En la década anterior había aparecido la ventosa obstétrica y paulatinamente fue extendiéndose su utilización. En el campo de la analgesia obstétrica en los años sesenta comenzó a realizarse el bloqueo pudiendo y se sistematizó la administración de la analgesia sistémica. Fue a finales de los setenta cuando se comenzó a practicar la analgesia epidural, que se ha convertido en las últimas décadas en la técnica utilizada mayoritariamente en los hospitales españoles. En cuanto al control prenatal, las técnicas ultrasónicas permitieron visualizar al feto, seguir su desarrollo

³²² EPA.

intraútero y conseguir que la futura madre supiera si estaba esperando la llegada de una hija o un hijo. Para vigilar la repercusión de las contracciones uterinas en la oxigenación fetal comenzó a utilizarse en los años setenta la monitorización cardiotocográfica, a partir del método desarrollado en 1955 por el perinatólogo uruguayo Caldeyro Barcia.

En los años setenta del siglo pasado ejerció como matrona otra de nuestras informantes, en el Hospital Comarcal de Benavente en Zamora. Su testimonio nos ofreció una visión diferente, no tanto en lo que se refiere a la asistencia sino por la propia idiosincrasia de una persona que -por sus características personales y por su socialización en un pueblo castellano muy anclado en sus tradiciones y donde los cambios llegaban con demasiada lentitud- se comportaba profesionalmente de una manera alejada de lo que hemos estado viendo hasta el momento. P.S (E32) nació en 1945 en Brime de Urz, un pueblo de Zamora. Sus padres eran "del régimen", haciendo alusión al régimen franquista. Es una mujer soltera de religión católica. Estudió hasta el bachillerato superior como interna en un colegio de Valladolid y allí continuó sus estudios de ATS. La especialidad la realizó también como interna en la Casa de Salud Santa Cristina de Madrid, obteniendo el título en 1967. Nada más terminar sus estudios regresó a Zamora porque su hermana mayor enfermó y durante cuatro años se dedicó a cuidar de ella, de su marido y de sus hijos. Desde 1971 "Cuando empecé a trabajar había unos cincuenta o sesenta partos al mes" hasta 1978, año en que cerraron la maternidad del Hospital de Benavente, trabajó como matrona. Desde 1978 hasta el 2010, año de su jubilación, ha trabajado como enfermera en un ambulatorio que a los pocos años se convirtió en un Centro de Salud. La transcripción literal de su testimonio pone de manifiesto un ejemplo de lo que la España

rural de los años setenta consideraba como el estereotipo de matrona, una mujer fuerte, autoritaria y ejecutiva: "Mi relación con los médicos fue buena y respetaban mi criterio profesional, aunque nunca llegué a tutearme con ninguno". En cuanto a la medicación que se administraba nos explicó: "Utilizábamos habitualmente la oxitocina para ayudar y que fuera más rápido el parto". También era sistemática la mezcla lítica para aliviar el dolor: "...aunque a mí no me gustaba mucho usarla". La práctica de la episiotomía también era corriente, sin embargo ella "...no la hacía por sistema en todos los partos. La sutura la hacía yo, a no ser que fuera muy complicada en cuyo caso pedía ayuda al ginecólogo". La presencia del marido o de los familiares no se contemplaba durante la dilatación ni en el parto. A las mujeres se les realizaba un tacto vaginal según como evolucionaba el proceso. Sin embargo, nuestra informante recuerda que: "...algunas mujeres se ponían muy pesadas y querían que estuviera todo el rato con ellas". Si la mujer tenía mucho vello púbico "la mandaba rasurar para que fuera más higiénico". Todas las mujeres parían en el 'potro' y, a pesar de que en Benavente había mucha población gitana, éstas no solían acudir al hospital. Pero, cuando lo hacían: "insistían en no querer subir al potro y parir en cuclillas, pero yo no se lo permitía y al final acababan aceptando el potro". Después del parto las mujeres subían a la sala de maternidad donde eran controladas por las enfermeras "aunque cuando tenía algún compromiso acudía a visitarlas en la sala". Cuando le preguntamos sobre la lactancia y su posición como matrona nos respondió: "Yo no colaboraba en el establecimiento de la lactancia materna porque eso ya se hacía en la sala". Como hemos dicho más arriba a finales de los setenta se cerró el paritorio del hospital de Benavente y se centralizaron todos los partos en el hospital de Zamora. Durante los años posteriores trabajó como enfermera

porque: "Preferí quedarme en esta localidad en la consulta como enfermera de pediatría a tener que viajar a la ciudad para trabajar como matrona. Porque, además, no tengo carnet de conducir". En 1997 le ofrecieron la posibilidad de trabajar como matrona porque en su localidad se implantaron dos consultas en Atención Primaria para hacer seguimiento del embarazo y educación maternal. Pero nuestra matrona no aceptó: "Para mí, ser matrona es estar en paritorio y hacer partos. Lo demás no es ser matrona".

Ya hemos comentado en un epígrafe anterior las circunstancias políticas, científicas, económicas y sociales que llevaron a la construcción y puesta en funcionamiento de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social la Fe de Valencia. Ahora vamos a centrarnos en la situación del Hospital Maternal, uno de los pabellones del citado complejo hospitalario, analizando y problematizando los asuntos referidos al trabajo de parto a partir de las experiencias de nuestras informantes. Durante nuestra argumentación también haremos una breve referencia a otros centros asistenciales, siempre en función de que las matronas entrevistadas hayan aportado con su discurso alguna información relevante que apoye o cuestione la forma de trabajo del hospital que es objeto central de nuestro trabajo.

Paquita Mocholí fue la segunda matrona que ocupó el cargo de matrona jefa. Pero antes de ello había trabajado como enfermera y después de terminar la especialidad trabajó varios años de matrona asistencial. Nada más terminar ATS hubo algunas recién tituladas, entre ellas nuestra informante, que quisieron explorar por ellas mismas como era la situación asistencial en algún hospital europeo. Debido a que la lengua con la que el estudiantado español de aquella época estaba más familiarizado era la francesa, buscaban hospitales franceses o

suizos y firmaban un contrato como auxiliares de enfermería para estancias cortas. En el caso de P. Mocholí:

“Nada más terminar me fui tres meses a un hospital de Suiza y aquello era otro mundo. Por eso, cuando volví quería ir a un sitio pionero porque estaba harta de tanta precariedad como había visto en el Hospital Provincial con las monjas. La Fe representaba lo mejor, cuando yo terminé solo hacía un año que lo habían abierto”³²³.

A su vuelta fue contratada para trabajar en la unidad de puérperas que, como hemos escrito más arriba, desde el principio del funcionamiento del Hospital Maternal ha estado ocupada por enfermeras³²⁴. Después de un año de trabajo con mujeres, tuvo claro que quería hacer la especialidad y en su segundo año compatibilizó el trabajo y la formación de matrona. Al terminar la especialidad estuvo otro año, ya como matrona, en la unidad de gestantes y después desempeñó sus funciones como matrona en el paritorio hasta 1983.

La tercera matrona que se ocupó de la gestión del Hospital Maternal, Pepi Alemany, trabajó en la función asistencial en el paritorio de La Fe desde la puesta en funcionamiento del mismo,

³²³ EPM.

³²⁴ Según los testimonios de nuestras informantes, tanto las que asistieron partos en el domicilio como las que iniciaron sus andaduras profesionales en los hospitales, mientras se realizaban las prácticas clínicas relativas a la especialidad todas hicieron un rotatorio por las unidades de puérperas. El puerperio, tanto normal como patológico, es una parte del temario teórico, tanto en el Plan de Estudios actual como en el anterior. Pero, seguramente por ahorro económico, esos puestos de trabajo no han estado ocupados por matronas hasta el momento, a pesar de que las funciones que allí se realizan son propias de las matronas: cuidados perineales, inicio de la lactancia y educación para la salud entre otros.

primero como matrona y después como supervisora. Durante el año escaso que Mocholí fue matrona jefa, volvió otra vez a realizar un turno rodado, traslado que nuestra matrona vivió como una represalia: "Porque cuando llegó Paca Mocholí, a mí, por ser alumna de quien soy, pues me desplazó de supervisora a matrona en un turno rodado". También había trabajado en el paritorio durante los primeros meses, hasta que se estabilizó la plantilla de matronas que se consideró necesaria para que el funcionamiento fuera el adecuado:

"Los dos primeros meses la gente aún no sabía que estaba abierta la maternidad y solo éramos dos matronas por turno. Lo que hizo I. Royo fue ponernos a una de nosotras como pareja con una de las matronas que venían de fuera y no estaban acostumbradas al funcionamiento del trabajo hospitalario, sobre todo en lo referente a los documentos que había que cumplimentar"³²⁵.

En aquellos primeros años, Pepi recuerda otro caso de una patología fetal incompatible con la vida que se presentó: "Era un unicornio que pesó cinco Kg. Hasta la cabeza, todo era normal, luego la cara no tenía nariz, tenía un ojo y una protuberancia. Estaba el Dr. Mañes de guardia y publicó un artículo con el caso. Como no había ecografías también veíamos fetos anencéfalos"³²⁶.

Antes del verano de 1971 la mayoría de mujeres ya era conocedora del funcionamiento del centro sanitario y prefería dar a luz en La Fe. Era un hospital nuevo, con las instalaciones más modernas y, poco a poco, se había difundido que se atendía muy bien a las gestantes y que había una matrona acompañando a

³²⁵ EPA.

³²⁶ EPA.

cada mujer que se pusiera de parto. En ese sentido la forma de trabajo tanto del Hospital Clínico, como del Hospital General o de la Residencia General Sanjurjo era distinta. También las habitaciones donde permanecían las mujeres durante los primeros días del puerperio eran menos confortables porque tenían que compartir el espacio con otras tres o cuatro mujeres más: "Yo recuerdo en aquellos años haber tenido veinte partos en una noche porque La Fe, en aquellos momentos, tenía muy buena fama"³²⁷.

En la década de los setenta, tanto en la asistencia pública como en la privada, el número de partos se incrementó sustancialmente en todo el estado español, llegando a su máximo en 1976 con una cifra de 677.456. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística³²⁸, de 663.667 nacimientos en 1970 se produjo un descenso paulatino hasta llegar a 397.632 en el año 2000. En el caso del Hospital La Fe de Valencia se observó un patrón similar pasando de los 12.610 partos en 1976 hasta llegar a 4.834 en el año 2000.

M. José Más (E23) estaba trabajando como enfermera y fue requerida para pasar al Hospital Maternal como matrona. Su testimonio concuerda con el de sus compañeras de aquellos primeros años de funcionamiento:

"Al principio de trabajar como matrona había muchos partos, puede que hubiera 50 o 60 partos diarios. La medicación que utilizábamos era la misma que ahora: oxitocina y mezcla lítica. No había epidurales. La episiotomía se hacía a todas las mujeres

³²⁷ EPA.

³²⁸ Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do>. Consultado el 12 de agosto 2013.

aunque fueran multíparas. Antes, las matronas 'hacíamos de todo', partos gemelares, nalgas, etc. Ahora no"³²⁹.

Otra de nuestras informantes, Rosa Torres (E24) tiene 67 años, se había formado en el Hospital Provincial de Salamanca, donde trabajó como enfermera durante tres años antes de obtener el título de matrona en 1975. En ese mismo hospital empezó como matrona, donde como hecho diferencial nos aporta una información que difiere del funcionamiento del Maternal de la Fe: "La matrona realizaba el puerperio inmediato en paritorio, aunque el recién nacido no se quedaba en la cama con la madre, sino que se pasaba al nido o 'tostadora' [sic]". En cuanto a la medicación utilizada durante la dilatación nos habla de la oxitocina, para disminuir el dolor de las contracciones administraban la mezcla lítica, pero antes de que existiera la analgesia epidural "en el momento del expulsivo poníamos Tiobarbital"³³⁰ que era una especie de sedación". Para suturar la episiotomía la matrona se quedaba de pie. Esto contrasta con la forma de trabajo del paritorio de La Fe, donde la matrona está sentada, tanto para realizar el expulsivo como para la posterior sutura. Tanto en el Hospital de Salamanca como en el Maternal de La Fe -antes de

³²⁹ E23.

³³⁰ El tiopental es un anestésico que se administra por vía intravenosa para producir anestesia general. Su efecto se produce muy rápidamente (a los diez o veinte segundos) y es de muy corta duración (de veinte a treinta minutos) tras una sola dosis; provoca escasa relajación muscular. Se utiliza para conseguir una anestesia general en caso de intervenciones de corta duración, y para poder realizar exploraciones que resulten dolorosas o complicadas. Puede emplearse en la última fase del parto. Disponible en: <http://medicinasalud.org/medicamentos-medicamento-farmacos-farmaco/tiopental-pentothal-tiobarbital-braun/>. Consultado el 14 de Septiembre de 2013.

que hubiera una legislación específica al respecto-, cuando se sabía que el bebé iba a ser dado en adopción en el certificado que se cumplimenta para poder inscribir al recién nacido en el Registro Civil, en el lugar donde había que poner el nombre de la madre se ponía 'madre desconocida'.

La situación económica de Amparo Fabra hizo que nada más terminar la carrera de ATS buscara plaza en el Hospital La Fe, que llevaba dos años en funcionamiento, en su caso de enfermera. Pero como su vocación estaba clara, en septiembre del 72 cuando obtuvo el título de matrona se presentó a Isabel Royo para pedir su traslado como matrona. En enero del año siguiente ya empezó a trabajar como tal, primero unos siete u ocho meses en la sala de gestantes con patología y después en el paritorio. Durante los años setenta el número de matronas era de unas quince por turno y podía haber en 24 horas unos cuarenta partos:

"En alguna ocasión he llegado a contar hasta 60 partos en 24 horas. Estamos hablando de los 70-80, la década del Baby Boom, que había muchos partos, muchas mujeres multíparas - mujeres que tenían el quinto o sexto embarazo-, y también partos de mujeres muy jóvenes. Eso ahora ya no se ve"³³¹.

Como venimos diciendo, en aquellos años convivieron matronas más mayores, que llevaban trabajando más de veinticinco años, con estas matronas recién tituladas. La valoración que hace A. Fabra de estas matronas es de absoluto respeto por las penurias que habían tenido que pasar, ya que muchas de ellas habían trabajado en los domicilios. Pero también considera que eran algo temerarias por ese mismo motivo. Hasta su incorporación a los hospitales habían trabajado solas y no estaban

³³¹ EAF.

acostumbradas a tener que consultar cualquier situación que se presentaba con los médicos y procuraban terminar los partos lo más rápidamente que pudieran:

"Era curiosa la forma de trabajar, la sistemática, cómo manejaban los fármacos. Ellas tenían su propia alquimia, utilizaban los fármacos a su libre albedrío, cuando nosotras estábamos formadas para administrar solamente lo que prescribieran los médicos. Utilizaban mucha medicación, hacían sus propias mezclas que unas a otras se contaban, pero que a las jóvenes no nos decían. En aquella época ponían el gotero con oxitocina y, además, ponían Pitocin intramuscular o intravenoso, en fin, eran muy, muy atrevidas"³³².

Fina Segarra tiene una opinión menos benévola de estas matronas con las que compartieron años de trabajo. Había tenido una experiencia desafortunada con la matrona de Massamagrell cuando estaba estudiando ATS porque dado que había decidido estudiar la especialidad para ser matrona, le pareció una magnífica oportunidad poder acompañar a esta profesional en alguno de los partos que asistía. Pero ésta se negó en rotundo:

"Trabajaba en el pueblo, había asistido muchos partos y la invitaban a muchos bautizos. Mi madre me decía: *A mí, la comadrona me asistió muy bien*. Así que hablé con ella, le dije que quería hacerme comadrona y le pregunté si no le importaría que yo la acompañara a los partos y le ayudara en todo lo que necesitase. Ella me contestó: *No, hija mía. Con los partos ya me apaño yo sola*. Seguro que pensó que, a ver si me enseñaba y después le quitaba la faena"³³³.

³³² EAF.

³³³ EFS.

Eso le hizo formarse la idea de que eran mujeres que no estaban a la altura de los tiempos que corrían en cuanto a la categoría que se debía tener como profesional. Eran mujeres que tenían mucha voluntad pero poca formación con respecto a las nuevas formas de trabajo. Años después, ya trabajando en el paritorio, tuvo la experiencia de conocer a otras matronas que también habían asistido partos en los domicilios y comprobó que eran muy cariñosas con las mujeres y desprendían en su trato con ellas mucha humanidad. Estas matronas habían sido buscadas desde la dirección del hospital y la misma Enfermera Jefa, Isabel Royo, se había encargado de convencerlas de que se incorporaran en el paritorio. Sabían hacer partos con soltura, pero la dinámica de trabajo de La Fe llevaba aparejada la cumplimentación de muchos registros, la canalización sistemática de una vía venosa a todas las mujeres, la colocación de algún monitor y el manejo de sistemas de gotero que hasta entonces ellas no habían utilizado. Fue un tiempo duro para estas mujeres y en muchas ocasiones se sintieron desplazadas por la habilidad con la que sus compañeras más jóvenes manejaban este nuevo sistema de trabajo: “Nosotras que éramos jovencitas y muy dinámicas, las veíamos como Tutankamon [sic]”.

Pepi Alemany nos refirió con absoluto detalle el respeto que sentía por la experiencia acumulada de estas matronas, ya que había podido comprobar en persona cómo realizaban su trabajo debido a que su tía había sido la matrona de Ribarroja:

“Yo recuerdo con mucho cariño el primer parto que vi, que fue en una cueva. Fue antes de ser enfermera, con diez y seis años. Estaba de vacaciones con mi tía y llegaron unos gitanos trashumantes, mi tía fue a reconocer a la señora y seguramente habló con mi abuela para que me dejara acompañarla. Cuando estábamos cenando me dijo *esta noche te vendrás conmigo a*

*un parto, son unos gitanos, así que como tú eres joven si hay que correr...ya sabes*³³⁴.

En 1963 en aquella zona, en la orilla del río había unas zonas escarpadas donde se habilitaban cuevas para vivir las personas indigentes. En este caso habían dispuesto la cueva perfectamente para que se pudiera asistir el parto: "...habían limpiado con lejía porque me acuerdo perfectamente del olor y tenían varias sábanas y trapos limpios y agua caliente. Incluso la parte trasera del carro la habían puesto bajo del somier y de lo que hacía de cochón". Traían a menudo agua caliente para que la matrona se lavara las manos porque en aquella época pocas matronas utilizaban guantes: "...mi tía llevaba siempre las uñas muy cortas y a mí me llamaba mucho la atención porque entonces las mujeres que podían tenían las uñas largas y pintadas de colores rojos y vistosos. Yo pensaba *qué poco presumida es mi tía*". La cueva se iluminaba con velas que estaban encendidas dentro de botellas. La contemplación de aquel parto le produjo un efecto de admiración porque todo había salido bien y le reafirmó la idea que tenía entonces de que su tía matrona era muy buena profesional. La matrona le administró una ampolla de Methergin, le realizó un ligero masaje en el útero y permaneció junto a la parturienta las dos primeras horas del puerperio inmediato, conocedora de que es el período en que podía presentarse una hemorragia. Cuando volvió al día siguiente ya se habían marchado. Su tía era una mujer muy apreciada en el pueblo y no tuvo percances en los partos que había asistido. Pepi nos informa sobre la dedicación que tuvieron estas matronas:

³³⁴ EPA.

“Trabajaba muy bien para la época. Entonces [las matronas] cobraban solo si ellas asistían el parto, podían estar toda la noche o todo el día con una mujer y si después había que trasladarla, acompañaban a la mujer al hospital pero no cobraban nada. Iban en ambulancia, pero a veces tenían que volver por sus propios medios. Se cobraba por *acto médico* y estaban de servicio permanente. Mi tía no se movía del pueblo, recuerdo que si alguna vez podía ir a comprarse zapatos, se compraba dos o tres pares, porque no sabía cuándo podría volver a salir”³³⁵.

Dentro del grupo de las ‘más mayores’ también estaban las que habían pedido el traslado desde el Hospital General Sanjurjo. Estás, ya manejaban con cierta soltura las herramientas de trabajo hospitalarias, aunque La Fe iba incorporando la tecnología con rapidez y siempre había cosas nuevas que aprender. Para superar este desfase, afianzaron su autoridad demostrando que podían conseguir que las mujeres hicieran muy rápido la dilatación y acabara pronto el parto. Esta es la reflexión que nos ofrece Fina Segarra:

“Ellas sabían trabajar pero eran muy dominantes y pensaban que estaban por encima del bien y del mal, se creían que lo sabían todo. Eran muy atrevidas y utilizaban medicamentos a su manera. La cosa era: ‘rápido, rápido y acabar enseguida’, casi sin hablar con la mujer. Hacían mucha dilatación digital (que entre nosotros se dice *hacer chocolate*), mucha Dolantina, Valium, y los cuellos cedían mucho. Luego oxitocina, a empujar y si se desgarraban, pues ya las suturarían después”³³⁶.

³³⁵ EPA.

³³⁶ EFS.

Con estas matronas que venían de la Residencia General Sanjurjo se planteó un problema debido a que los ginecólogos no confiaban en su trabajo, a pesar de que eran matronas con una larga experiencia. En general, podemos decir que las matronas más jóvenes lo vivieron con una cierta ambivalencia pues, si por una parte consideraban que era un menosprecio hacía sus compañeras, por otra se sentían valoradas y reconocidas por los ginecólogos, lo que les otorgaba un cierto sentimiento de superioridad profesional. Así lo recuerda Pepi Alemany:

“Nuestros compañeros del Clínico, como se fiaban mucho de nosotras, pues a lo mejor, cuando una de estas matronas realizaba un tacto vaginal no tenían confianza en que lo hubieran hecho bien y si nos veían a nosotras, nos decían que reconociéramos a la mujer. Yo al principio no me daba cuenta, pero después hablé con ellos y les dije *oye, si no te fías la reconoces tú,...porque pobres mujeres [sic]*³³⁷”.

Evidentemente, eran matronas que tenían mucha experiencia en partos y tenían a sus espaldas muchos años de trabajo. Pero el sistema en su anterior hospital no era el mismo que el que se había instaurado en La Fe -la conducción del parto-, que exigía que cada matrona se sentara al lado de la mujer que estaba en periodo de dilatación y que se vigilara la tensión arterial, el ritmo de la perfusión, la intensidad de las contracciones y la frecuencia cardiaca fetal.

Cuando Amparo Fabra renunció al cargo de supervisora a los pocos meses de cambiar la Subdirección de Enfermería del Hospital Maternal, tuvo la oportunidad de pedir una Comisión de

³³⁷ EPA.

Servicio y se trasladó al Centro de Orientación Familiar (COF). Este se había construido en las cercanías del Hospital Dr. Peset que en la actualidad es uno de los cuatro hospitales de referencia de la ciudad de Valencia. Este hospital había sustituido al antiguo General Sanjurjo, el cual a partir de 1989 se convirtió en el Instituto Valenciano para los Estudios en Salud Pública (IVESP). Tras esta primera experiencia extra hospitalaria que duró seis años, se trasladó al Centro de Atención Primaria de Alcoy y estuvo desde 1989 hasta 1993. Entonces sintió la necesidad de volver a asistir partos y pidió el traslado al Hospital de Alcoy. Acostumbrada por haber trabajado en La Fe, con todo lo que conllevaba que fuera un hospital de referencia, esta nueva experiencia en un hospital comarcal fue muy positiva. En estos centros, las relaciones entre los distintos profesionales son más familiares, menos jerarquizadas y la matrona tiene mucha más autonomía. Se había elaborado un protocolo de atención al parto sin complicaciones y no hacía falta que el médico prescribiera la medicación ni que estuviera vigilando constantemente los partos que evolucionaban sin problemas. A. Fabra también percibió que allí se trabajaba de manera menos intervencionista:

“En ese período las mujeres venían ya preparadas y tenían mucha más información que cuando yo había estado en La Fe. Pudimos empezar a utilizar menos medicación en el parto, respetando los ritmos propios de cada mujer. Valorábamos si tenía o no contracciones antes de poner la oxitocina y la episiotomía ya no se hacía por sistema”³³⁸.

Fina Segarra obtuvo el título de matrona en 1969 y se produjo una circunstancia familiar que le hizo tomar la decisión de

³³⁸ EAF.

irse a Barcelona y estuvo dos años trabajando en la Maternidad del Hospital Provincial. Este hospital tenía su propia Escuela de matronas y allí acudían estudiantes de otras ciudades del país que, contrariamente a lo que pasaba en Valencia, estaban internas.

“Mi hermana se había casado y vivía allí. En uno de los partos se puso mal porque sangraba mucho, ya que se le había quedado un cotiledón placentario. Cuando mi madre dijo que teníamos que ayudarla, yo decidí irme allí. Y estuve hasta que se inauguró el Maternal de La Fe. Me casé en julio de 1971 y el 1 de agosto ya empecé a trabajar”³³⁹.

Como tenía previsto casarse e instalarse en Valencia, en cuanto se abrió el Hospital Maternal, buscó un piso cercano y presentó una solicitud para conseguir plaza de matrona. Entonces era costumbre que te hicieran un nombramiento provisional durante nueve meses y después, si todo había funcionado correctamente, se conseguía la plaza definitiva. Los concursos de méritos y las oposiciones vinieron años después.

Debido a la imperiosa necesidad de matronas, la llamaron enseguida para que se incorporara, pero como estaba trabajando en Barcelona no podía hacerlo de manera tan apremiante. Fina conocía a la matrona jefa porque mientras estaba haciendo las guardias de la especialidad en el Hospital Provincial, Isabel Royo – que era la matrona del Dr. Galbis- acudía a dicho centro cuando tenían algún parto privado. “Isabel Royo me amenazaba con que perdería la plaza si no me incorporaba inmediatamente y yo le dije: *Pues si no tengo plaza de matrona, tendré de enfermera. No pasa nada*”. También era una norma no escrita que, antes de

³³⁹ EFS.

trabajar en paritorio se trabajara unos meses en otra unidad de gestantes o puérperas. Así lo hizo nuestra matrona en la unidad de pre-parto, que entonces se llamaba 'dilatación lenta'. Allí conoció a varias de las matronas que meses más tarde serían sus compañeras en paritorio: Pilar García, Ana Carrasco, etc...En 1972 se incorporó al paritorio donde estuvo hasta que se puso en funcionamiento la Unidad de Preparación al Parto once años después.

Como venimos recogiendo en testimonios anteriores los partos en aquella década eran:

"Enema, rasurado, vía canalizada, oxitocina, sedación, y cuando era gente importante o recomendadas o en los partos privados, Pentotal en el expulsivo. Nada más entrar las dejábamos sin un pelo, como si fueran recién nacidas. Escuchábamos al feto con la *trompetilla [sic]* y el monitor lo poníamos solo cuando eran aguas meconiales u otro problema importante"³⁴⁰.

Marisa Monzonís, a la que ya conocemos por su testimonio sobre la Escuela de Matronas Santa Cristina, durante los primeros setenta, empezó a trabajar como matrona en el Hospital Maternal La Fe al poco de su inauguración en 1971. Estuvo cinco años hasta que, ya con la plaza en propiedad, pidió un traslado al Hospital La Paz en Madrid porque a su marido que era piloto, también lo habían trasladado y ya tenía a sus dos hijos. De la forma de trabajar en La Paz destaca que:

"Las auxiliares de enfermería derivaban a las gestantes que acudían con contracciones a las matronas. Las reconocíamos,

³⁴⁰ EFS. El Pentotal es un inductor de la anestesia. Está indicado en procedimientos quirúrgicos de menos de quince minutos de duración y tiene efecto hipnótico.

las valorábamos y, o bien las mandábamos a casa, o las ingresábamos. En la puerta de urgencias de maternidad había una matrona y dos médicos. La matrona se ocupaba de las gestantes de parto y los médicos de los problemas obstétricos o ginecológicos”³⁴¹.

La medicación utilizada era la misma que venimos refiriendo en el maternal de La Fe, con la diferencia de que en nuestro hospital valenciano los médicos, en general, siempre han sido reacios a que se utilizara la Buscapina y en La Paz era un espasmolítico que se utilizaba con frecuencia en los partos. En aquellos años el cordón umbilical se ligaba con ‘cordonete’, después con seda, hasta que aparecieron las pinzas umbilicales que conocemos en la actualidad. Cuando volvió a La Fe estuvo trabajando como matrona en puerta de urgencias, aunque en nuestro hospital el papel de las matronas está infrautilizado y las competencias que serían propias de la matrona las realizan los residentes médicos.

Otra de nuestras entrevistadas es Carmen Huertas (E27) que tiene sesenta y seis años y estudió ATS en la Escuela del Hospital Clínico, donde terminó la especialidad de matrona en 1974. Ha formado parte de la Unidad Docente de Matronas, como profesora y como tutora de las residentes desde 1992 hasta el 2009. Antes de trabajar como matrona estuvo casi dos años trabajando de enfermera en la sala de maternidad y al poco de terminar la especialidad pasó a ejercer como matrona en el paritorio de dicho hospital. “Cuando ya estaba trabajando, empezamos a utilizar el libro de monitorización que habían publicado los ginecólogos del hospital, ya que no sabíamos nada de registros cardiotocográficos”. Respecto a la asistencia

³⁴¹ E29.

intervencionista que se ha llevado a cabo en el Hospital Clínico durante los últimos treinta años del siglo XX, y que difiere muy poco de la que venimos refiriendo en el Hospital La Fe, nos dice:

“Al principio trabajábamos sin monitores, utilizábamos el estetoscopio de Pinard, medíamos las contracciones con la mano y lo escribíamos en el partograma. Pero a finales de los setenta, en el 98% de los partos se ponía monitorización interna. A todas las mujeres se les administraba oxitocina, a todas se les hacía el alumbramiento dirigido con Methergin. La maniobra de Kristeller se hacía de manera habitual y sin restricción. La mujer siempre estaba en la cama y no la dejábamos moverse a ningún sitio. En los noventa, algún anestesista ‘por practicar’, ponía la epidural. Los pujos siempre eran dirigidos por una o dos personas. Las episiotomías se hacían siempre. Cuando se sistematizó el uso de los monitores aumentó el número de cesáreas.”³⁴²

La trayectoria laboral de Esperanza Ferrer no fue la de nuestras anteriores informantes. El día siguiente de terminar la carrera de ATS, se incorporó a la sexta planta del Maternal de La Fe, donde permaneció siete meses. Como venimos diciendo, ante la ausencia de otra normativa, en cuanto pasaban los seis meses si no se había producido ningún problema, se obtenía la propiedad de la plaza. La necesidad de matronas en el paritorio de La Fe apremiaba a la supervisora a incorporar nuevas profesionales y en cuanto E. Ferrer obtuvo el título, le ofreció quedarse a trabajar inmediatamente. Pero nuestra matrona ya tenía un posicionamiento respecto al lugar que ocupaban las matronas respecto a los médicos y le parecía que había demasiada supeditación de aquellas respecto a éstos.

³⁴² E27.

"Cuando terminé, Imelda Igual, que estaba de supervisora me propuso quedarme allí. Yo era una mujer muy movida y muy comprometida para la época y la verdad es que me gustaba, pero le encontraba mucho más sentido a la enfermería. Eso ha marcado mi trayectoria profesional. Las matronas estaban muy supeditadas a los obstetras y yo era muy rebelde. Eran la voz del obstetra y a mí eso no me gustaba. Entonces los partos eran muy instrumentalizados, se hacían muchas ventosas y muchos fórceps y casi siempre llamaban a los residentes para que los hicieran"³⁴³.

Isabel Royo la propuso para ser Supervisora del quirófano de Ginecología y Obstetricia, cargo que ejerció durante siete años. También trabajó en la asistencia privada a los partos durante un año porque allí le parecía que la matrona gozaba de más autonomía. Después del parto había que pasar varios días por la habitación para visitar a la mujer y se le daban recomendaciones, lo que la afianzaba en su idea:

"En las instituciones todo está más jerarquizado y cada uno tiene su papel. Trabajé con el Dr. Muñoz que se había formado en Cataluña y en Alemania y después se marchó de Jefe del Servicio de Obstetricia a Zaragoza. Tenía unas ideas muy progresistas respecto al parto. También trabajé con el Dr. García Ferrer que después se marchó de La Fe. Él fue el que atendió mis partos. Recuerdo que era una persona muy cuestionada en la maternidad porque no estaba en el grupo de los que intervenían en exceso en los partos. Yo discutía mucho con ellos sobre el papel de la matrona: 'No entiendo la autonomía con la que trabajan las matronas en la calle [en los hospitales privados] y luego en el hospital público el poco margen de maniobra que les dejan'"³⁴⁴.

³⁴³ EEF.

³⁴⁴ EEF.

Dolores García, otra de nuestras informantes trabaja como matrona, actualmente, en el paritorio, pero ha ejercido su labor asistencial durante catorce años en la unidad de gestantes, donde ha atendido a mujeres que durante el embarazo presentan alguna patología propia del mismo como hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, rotura de bolsa antes de la semana treinta y cinco, o hemorragias producidas por placenta previa entre otras. Su testimonio confirma el papel de la matrona como apoyo emocional:

“Es muy importante el papel de la matrona en esta unidad, porque nos esforzamos en abordar el aspecto emocional de las mujeres que están ingresadas. El embarazo y el parto son motivos de alegría en general, y cuando algo se complica hay que apoyarlas mucho”³⁴⁵.

Ana Martínez³⁴⁶, desde que terminó sus estudios de ATS en 1966 trabajó en el Hospital Provincial como enfermera hasta 1972 que ocupó la plaza de matrona. Al año siguiente hizo la especialidad de matrona, simultaneando su trabajo con las clases teóricas y las guardias de la especialidad. Ha sido una de las matronas que ha sido referencia de muchas de las que nos hemos formado en promociones posteriores y tuvimos la oportunidad de trabajar con ella. Ha estado implicada en la docencia y disfrutaba enseñando la forma de hacer bien nuestro trabajo. Las mujeres a las que atendía estaban encantadas de la asistencia recibida porque, además de su buen hacer profesional, era un ejemplo de

³⁴⁵ E17.

³⁴⁶ E2.

paciencia y empatía con las gestantes a las que ayudaba en el parto.

La séptima matrona a la que entrevistamos, Rosa Ribes, empezó a trabajar como Auxiliar de Enfermería en el último año de la carrera de ATS en el Hospital La Fe. En enero de 1976 fue contratada como enfermera de neonatos –en aquella época, la unidad se llamaba Recién Nacidos Patológicos- y meses después obtuvo la plaza, ya trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A pesar de que desde septiembre de 1978 ya había conseguido el título de Matrona, estaba muy satisfecha con el trabajo que desempeñaba y no pidió la plaza de matrona hasta 1984 porque no quería renunciar a su plaza de enfermera. En aquel año estaba en la Subdirección de Enfermería del Maternal Pepi Alemany y fue destinada a paritorio.

“Para poder concursar a la plaza de matrona era obligado renunciar a la plaza de enfermera. Ahora aunque estés trabajando de matrona tienes una reserva de puesto de trabajo de enfermera. Y como nunca sabes si en un momento determinado vas a tener algún requerimiento personal y necesitas estar más cerca de tu casa o en un Centro de Salud, pues tienes la posibilidad de pedir tu reincorporación a la plaza de enfermera”³⁴⁷.

El testimonio que nos aportó Nati Chacón (E22) sobre la forma de atender los partos durante los últimos veinte años del siglo XX en el Hospital Clínico de Valencia, podríamos decir que es idéntico al que han ido refiriendo las matronas que trabajaron durante esos años en el Maternal de La Fe. Una asistencia totalmente intervencionista.

³⁴⁷ ERR.

Otra de las matronas entrevistadas, Maite Dasca (E20), trabajó de enfermera en el Maternal de la Fe antes de estudiar para matrona. "Trabajé en la sala de puérperas, y recuerdo que no se levantaba el apósito en las cesáreas hasta el día que se retiraban los puntos; en la de obstetricia y en ginecología durante diez años, hasta que obtuve la plaza de matrona". Desde 1984 hasta el 2006 estuvo trabajando en el paritorio y desde entonces en atención primaria. De sus años en el paritorio recuerda que al principio había más de veinte partos diarios y algunas de las mujeres atendidas les llevaban al día siguiente un pequeño detalle como agradecimiento como bombones, pasteles, alguna pulsera. A finales de los ochenta, como vienen confirmando las matronas entrevistadas, el parto era "bastante medicalizado" y "se hacían muchas inducciones". Se utilizaba oxitocina y "para alivio del dolor la sedación con mezcla lítica porque todavía no se administraba la analgesia epidural en el parto. Las cesáreas se realizaban con anestesia general y cuando venía alguna mujer 'recomendada' [sic] se utilizaba Pentotal en el período expulsivo". Como venimos repitiendo, las episiotomías eran sistemáticas a no ser que se presentara un imprevisto "cuando el expulsivo era muy rápido y no daba tiempo". La episiotomía la reparaba la matrona siempre que no hubiera afectado a la mucosa rectal o al esfínter. Respecto al tipo de lactancia nuestra informante dice que: "siempre ha habido mujeres que han dado lactancia natural, pero he de reconocer que la lactancia artificial estaba de moda".

Rosa Ribes permaneció en el paritorio hasta noviembre de 1986. Recuerda que a mitad de los ochenta, el tema de la Educación Maternal ya había sido asumido por las matronas porque habían podido comprobar los beneficios que reportaba, pero recuerda que la entrada de los padres todavía se tomaba con reticencia por los motivos que venimos argumentando a partir de

los testimonios recogidos. Ribes está convencida de que los médicos del paritorio han ejercido sistemáticamente una influencia sobre buena parte de las matronas para conseguir el inmovilismo y así lo hicieron también con el tema de que los padres acompañaran a su pareja y presenciaran el parto:

"Costó. Costó mucho. Decían que los maridos venían a mirar y no a estar con su mujer. No lo consideraban partícipe de la situación, sino alguien que venía a controlar lo que los profesionales estaban haciendo. Muchas de las matronas eran un puntal en el que se apoyaban los médicos para que las cosas cambiaran lo mínimo: 'Si las cosas siempre se han hecho así, ¿para qué vamos a cambiar?'. Los ginecólogos siempre les metían miedo a las matronas. La maternidad [como institución] era muy inmovilista"³⁴⁸.

Otra anécdota que recuerda Ribes sobre la influencia de los médicos tiene que ver con los dos primeros años que trabajó en el paritorio. Se decidió pintar una raya para que, a partir de los reconocimientos de la Puerta de Urgencias, hubiera que ponerse una bata y unas calzas para que los padres pudieran pasar a la dilatación. Sin embargo, los médicos y médicas entraban y salían de allí a la cafetería y volvían a entrar pasando directamente a la dilatación o al paritorio. Nuestra matrona no comprende la falta de pensamiento crítico y de objetividad que influía en el comportamiento de las matronas acentuando más si cabía su complacencia hacia los que consideraban superiores. Cuando terminó su período de gestión en octubre de 1994, volvió al paritorio. La forma de atender los partos había cambiado poco,

³⁴⁸ ERR.

pero ya se empezaba a oír y a saber de la esferodinamía³⁴⁹, la monitorización intermitente, etc... y cuando las matronas lo sugerían tenían que escuchar la voz de alguno de los médicos que en tono inculpatario decía: "Como haya un prolapso de cordón usted será la responsable".

En descargo, aunque sea leve, de este tipo de actitudes, tenemos que recordar que tanto en los ginecólogos, como en las matronas y en las usuarias ha tenido mucha influencia el hecho de que La Fe sea un Hospital de Referencia, donde acuden todos los problemas debido a que en este centro se dispone de todos los medios para solucionarlo. Eso hace que se instale en la mente de las personas una cierta proclividad a pensar en la posibilidad de la complicación, a concebir la patología como una de las primeras posibilidades y a que, como consecuencia de ello, se trabaje con miedo. Es una visión biologicista y medicalista que los médicos han interiorizado, nos la han ido transmitiendo desde nuestra formación y las matronas formadas en ese contexto hemos interiorizado.

En cuanto a la medicación y la forma de trabajo, en los ocho años que Rosa Ribes estuvo en gestión hubo pocos cambios: "Pauta médica, Oxitocina y Mezcla Lítica". Después surge la analgesia epidural y las matronas se posicionan para que cada mujer pudiera elegir la analgesia que prefiriera y que si su deseo era una epidural que no hubiera ningún problema de personal cualificado ni de horario para administrársela. Los médicos reaccionaron ante lo que presumían como una demanda de

³⁴⁹ Es la utilización de un balón elastómero de unos 80 cm de diámetro que se rellena de aire y se utiliza para fortalecer la espalda y los músculos abdominales. Para las mujeres embarazadas sirve para movilizar la pelvis y favorecer el encajamiento de la presentación fetal en el estrecho superior de la pelvis materna.

autonomía por parte de las matronas, con una vuelta más de tuerca a la dependencia del médico: “Queríamos que se respetara la individualidad de cada mujer y la respuesta de ellos fue que, en vez de la pauta médica que se prescribía igual a todas las gestantes hasta entonces, pues cada vez había que ir a los médicos de guardia para ‘pedir’ mezcla lítica o epidural”. Las matronas fueron conscientes de que esa marcha atrás significaba menoscabar su autonomía, pero el colectivo siempre se mostró con falta de iniciativa y empuje para resolver dicho problema. La solución pasaba por que las matronas elaboraran un Protocolo de Asistencia al Parto Normal que no tuviera que ser cuestionado por los médicos del hospital. Pero las matronas también fallaron ahí y dejaron que fueran los médicos los que elaboraran dicho Protocolo. Según Rosa Ribes:

“No se conseguía reunir a las matronas ni tan siquiera para mejorar las cosas que eran importantes para nosotras en el trabajo día tras día. No había manera de reunir las, de formar grupos de trabajo, de hacer protocolos. Hubo una época que sí que se hicieron los protocolos, pero eso fue dinamizado por Fina Gómez y Amparo Fabra, las cuales supieron canalizar la energía y el empuje de unas pocas profesionales que quisieron trabajar para mejorar su profesión en algo más que el estricto cumplimiento de su jornada de trabajo. A las reuniones siempre íbamos las mismas personas”³⁵⁰.

Esos Protocolos a los que hace referencia nuestra matrona fueron el ‘Corpus Documental’ con el que la Maternidad de La Fe se presentó en la IVESP en 1992 para ser acreditado como Hospital que podía recibir a las residentes de matrona durante su formación.

³⁵⁰ ERR.

Amparo Montoya³⁵¹, la octava matrona entrevistada para nuestro trabajo, en cuanto terminó la especialidad en 1982 trabajó un año en el paritorio de la Residencia General Sanjurjo. En 1984 accede mediante un Concurso de Méritos a una plaza en el Hospital Torrecárdenas de Almería. El hospital se había inaugurado en noviembre de 1983, pero la asistencia a los partos todavía permaneció unos meses en el Antiguo Hospital Virgen del Mar conocido como La Bola Azul. Cuando a finales de 1984 se traslada el Servicio de Obstetricia, hubo que poner en funcionamiento todas las instalaciones. Allí llegaron matronas de Madrid, de Valencia, de Cuenca, etc... y la Dirección de Enfermería y la Dirección Médica les asignaron la tarea de ocuparse de organizar el nuevo servicio. Era gente muy joven con ganas de demostrar que la atención al parto podía realizarse de una manera diferente y con este propósito pusieron en marcha el Servicio de Dilatación y Paritorio del hospital. La plantilla, también estaba formada por unas cuantas matronas más mayores, que hasta entonces habían asistido los partos en el domicilio y estaban acostumbradas a no intervenir, a no hacer episiotomías y a esperar con paciencia la evolución del parto. Por tanto, se apoyaron unas a otras para poner en conjunto una manera de trabajar que tuviera en cuenta la experiencia de las primeras y los conocimientos más actualizados de las nuevas incorporaciones y todas aprendieron mucho. Por parte de las mujeres que acudían a parir al hospital había un hecho sociológico que tuvo su importancia, porque la cultura del parto en cada país puede ser diferente. En Almería vivían muchas personas de Gran Bretaña y en su país estaban acostumbradas a participar directamente en su parto: querían sacar al bebé con sus propias manos, preferían estar sentadas en la mesa obstétrica –

³⁵¹ EAM.

vulgarmente conocida como 'potro'—, en vez de permanecer tumbadas y en cuanto salía el bebé querían tenerlo sobre su barriga para iniciar el primer contacto piel con piel. Este hecho incitó a las matronas almerienses a impulsar la participación de las mujeres de la zona, favoreciendo que expresaran sus preferencias con respecto al desarrollo de su parto. Esta experiencia profesional previa, unida a la que acumuló durante su formación al lado de una matrona no intervencionista en los partos hizo que ésta fuera la forma de atender a las mujeres que nuestra matrona ha practicado durante todo su ejercicio como experta en la atención a las mujeres: "Así que cuando volví a Valencia ya no era solo mi propia manera de pensar, sino que yo estaba acostumbrada a trabajar así y estaba segura de que eso era lo correcto". Amparo Montoya, como se desprende de la entrevista realizada, actuaba en el paritorio de La Fe, como 'un verso suelto'. Cuando estaba de matrona en la Puerta de Urgencias donde las mujeres son entrevistadas por los médicos residentes, ella las recibía y les realizaba el tacto vaginal para comprobar si estaba en período activo de parto: "Porque yo era la profesional, estaba formada para realizar esa valoración y tenía una plaza que contemplaba esas funciones". Cuando estaba en dilatación y le avisaban sobre el ingreso de una mujer, salía a recibirla al pasillo de urgencias para que la conociera antes de empezar el proceso:

"Me presentaba, le preguntaba si quería que le administraran el enema, le preguntaba si quería moverse durante la dilatación y le explicaba que tendría una vía canalizada, pero que no le pondría medicación si no la necesitaba. Cuando se acercaba el momento del expulsivo le preguntaba si quería parir en la cama o si prefería pasar al

paritorio, después de haberles explicado durante el tiempo que estaba con ellas las distintas posibilidades”³⁵².

Otras veces, nuestra matrona pensaba que el parto iba a ser más fácil en el paritorio y también les explicaba su razonamiento profesional. Con respecto al dolor provocado por las contracciones Montoya nos ofrece la siguiente reflexión:

“Depende de su estructura emocional, del ambiente que la rodea, de la movilidad que tenga durante la dilatación. La necesidad de moverse es espontánea y en muchas ocasiones como se prohibía, las mismas mujeres lo habían interiorizado y ni tan siquiera lo proponían. Había que ir enseñándolas poco a poco”³⁵³.

Esta matrona tiene una vasta formación lo que la ha hecho merecedora del respeto de la mayoría de sus compañeras, a pesar de que también ha habido algo de envidia e incompreensión por parte de otras. Ella lo ha vivido con absoluta normalidad y sin variar un ápice su manera de actuar. Cuando las compañeras le preguntaban, siempre ha estado dispuesta a explicar cualquier actuación, siempre partiendo de lo que se estaba de acuerdo –el bienestar de la mujer y el buen resultado-. Cuando terminaba el parto de una mujer, se iba a ayudar a otra compañera haciendo respetando la forma de trabajar de esta compañera, a pesar de que ella estuviera en contra del intervencionismo solo para prevenir una complicación:

“Yo la forma de atender los partos en La Fe la veo ‘un horror’ [sic], algo patológico. Se generan patologías donde no las hay.

³⁵² EAM.

³⁵³ EAM.

Y lo que habría que hacer en nuestra profesión es todo lo contrario: donde hay una patología intentar que todo lo referente al trato, a la emotividad, al movimiento, sea lo más normal posible y poner la medicación que se necesite”³⁵⁴.

Nuestra novena matrona entrevistada consiguió Plaza de Enfermera en el Hospital de Xàtiva y trabajó en la unidad de Medicina Interna, antes de obtener la Plaza en Propiedad como matrona en el Hospital La Fe en el año 2004. Esta experiencia le ha permitido tener una reflexión más elaborada sobre el papel de la Enfermería en el Sistema de Salud, que lo expresa como una crítica al sentir general de muchas de las matronas:

“A las matronas muchas veces se les olvida que son enfermeras y la Enfermería es un referente en la perspectiva del cuidado, en la visión del proceso que viven las personas a las que atendemos de manera global. Desde luego hay personas muy válidas, pero hay otras matronas que piensan que son muy superiores. Por ejemplo, yo creo que las matronas canalizamos las vías fatal porque no seguimos un protocolo estandarizado y si nos sintiéramos enfermeras dominaríamos todas las materias para después aplicarlas a nuestra especialidad”³⁵⁵.

Desde hace unos diez años nuestra informante E29 trabaja en el Hospital de Día de Maternidad, donde acuden las gestantes a partir de la semana cuarenta para que se evalúe periódicamente el estado de bienestar fetal y las modificaciones del canal del parto. Se les realiza una revisión, se hace una monitorización cardiotocográfica de treinta minutos y se realiza una amnioscopia para valorar la cantidad y el color del líquido amniótico, realizando

³⁵⁴ EAM.

³⁵⁵ EMJM.

estas visitas periódicamente hasta que se produce el parto espontáneamente o se programa una inducción cuando se acerca la semana 42.

Otra de nuestras matronas nos aportó datos sobre su experiencia profesional en la asistencia al parto en los tres hospitales catalanes privados en los que trabajó antes de venir a Valencia: el Hospital General de Cataluña, la Clínica Dexeus y, por último, el Hospital Santa Coloma. Refirió que en los últimos años de la década de los ochenta del siglo pasado:

“Ya utilizaban la analgesia epidural pero no en perfusión continua, sino que se administraba en bolos según la necesidad de alivio del dolor de la mujer. Durante la dilatación utilizaban registro cardiotocográfico continuo y durante el periodo expulsivo se escuchaba el feto con el estetoscopio de Pinard tras cada contracción. La episiotomía se realizaba de manera rutinaria a las primigestas, pero no a las multíparas. La cura de la herida se realizaba con miel (Gutierrez, R., Ortiz, I., Lazos, M., Amancio, O., Rodriguez, A. (1995). Después de limpiarla con agua y jabón se secaba bien y se extendía una capa por toda la incisión. En Barcelona no utilizaban ventosa, sino espátulas y fórceps cuando había que acortar el expulsivo”³⁵⁶.

Algunas diferencias en la forma de trabajar entre centros de distintas ciudades hicieron que en los hospitales valencianos se siguiera con una obstetricia intervencionista hasta finales de la década de los noventa. Según la apreciación de nuestra informante al llegar a Valencia se dio cuenta “del retraso que existía en la Obstetricia y en la Ginecología en relación a Cataluña, donde la forma de trabajar era diferente y mucho más modernizada”.

³⁵⁶ E9.

La asistencia privada al parto también fue un campo de trabajo en el que se involucraron unos años varias de las matronas entrevistadas. Esto les reportó mayor prestigio porque su nombre iba relacionado con el del obstetra con el que trabajaban y porque ante la sociedad eran 'la matrona de Don'. También les permitió mejorar su estatus porque sus ingresos económicos aumentaban. Pero en todos los casos recogidos fue algo temporal que duró más o menos en función de las necesidades económicas o porque repercutía negativamente en su vida privada. Este es el testimonio de Fina Segarra:

"Trabajé también en la privada porque teníamos tres hijos y tuvimos que comprar dos pisos para hacer uno. Y dinero no teníamos. Solo podíamos trabajar y trabajar. Hubo meses que tuve hasta catorce partos privados y eso era mucho dinero. Me lo dejé cuando acabamos de pagar el piso. No me lo hubiera dejado porque el dinero siempre es muy goloso y a mí el trabajo siempre me ha gustado, lo mismo en La Fe que en la privada. De médicos trabajé con el Dr. Bernabeu, con el Dr. Aznar, con el Dr. Gimeno, con el Dr. Plana, con el Dr. Taberner. Una temporada que M^a José Más no pudo ir yo hacía sus partos con el Dr. Mínguez, con el Dr. Domenech, con el Dr. Díez y otros. Hubo mucho trabajo y como después del parto había que hacer el puerperio los días siguientes, y además, mi trabajo en La Fe, tenía demasiado trabajo. Lo que pasa es que haces poca vida familiar y mi marido me puso el ultimátum: *O los partos o yo*³⁵⁷.

Pepi Alemany también trabajó en la asistencia privada con varios médicos. Fue la matrona del Dr. Tortajada y además trabajó con el Dr. Hernández, con el Dr. Díez y con el Dr. Domenech. Se casó en 1979 y cuando tuvo a sus hijos, la asistencia a los partos

³⁵⁷ EFS.

privados fue circunstancial en el caso de alguna persona conocida y siempre con su marido que ya era un ginecólogo de prestigio y tenía consulta privada.

Las matronas que trabajaban en el Hospital La Fe sabían cuáles eran los cuidados que se realizaban durante el puerperio, por tanto, cuando asistían partos en clínicas privadas daban las mismas recomendaciones a las mujeres que asistían. Alemany recuerda los comentarios que hacían las monjas que estaban en las clínicas donde ella asistía los partos:

“Se marchaban a su casa sabiendo que se tenían que duchar y desde que se levantaban el primer día en La Fe tenían una ducha para ducharse. Yo recuerdo que en La Salud, La Cigüeña, en El Consuelo o donde fuera las monjas les decían ‘¿a que tu matrona es de La Fe? Es que tú no necesitas lavarte tanto. ¿Tanto gastar agua para qué?’. Hacíamos mucho hincapié en que cada vez que utilizaran el baño debían lavarse y secarse para que no se les infectaran los puntos”³⁵⁸.

Amparo Fabra atendió partos en clínicas privadas desde 1972 hasta 1989, cuando pidió el traslado a un Centro de Salud en Alcoy. En su caso, además del beneficio económico que le reportaba, estaba el hecho de que su marido es ginecólogo y durante esos años tenía una consulta privada donde controlaban el embarazo y después asistían el parto de sus clientas. Años más tarde, viviendo en Denia y trabajando en el paritorio del Hospital Comarcal de Alcoy, trabajó tres años en la Clínica Acuario, haciendo alguna guardia mientras compatibilizaba este trabajo con las del hospital público. Recuerda que fue una experiencia

³⁵⁸ EPA.

gratificante y que aprendió mucho. Esa vivencia le hizo definir su manera de trabajar, que la relata con las siguientes palabras:

“Porque yo quería ver *in situ* qué quería decir eso del parto natural y fisiológico. Pero hay que matizar. Esto es como la ley del péndulo, nosotros estábamos en la medicalización y ellos estaban en el otro extremo. Y yo encontraba en los dos lados defectos y virtudes, por decirlo de alguna manera. Para mí, lo acertado es saber compaginar bien las dos opciones, ni tanto intervencionismo, ni intervencionismo ausente. Hay que dejar que todo evolucione espontáneamente, pero hay que saber cuándo hay que intervenir”³⁵⁹.

M.José Más ha trabajado en la asistencia privada durante muchos años con varios ginecólogos. Solo ha colaborado en los partos privados porque las compañías aseguradoras pagaban mucho menos “Por un parto privado se cobraba aproximadamente el triple de lo que paga la compañía de seguros y valía la pena”. Respecto a la forma de trabajar y a la medicación utilizada, el sistema era el mismo que en los hospitales públicos. Pero las mujeres lo elegían porque el parto se lo asistía el médico que ellas elegían:

“La mujer iba a la consulta del ginecólogo y éste le daba mi nombre y mi teléfono. Cuando la mujer tenía alguna molestia o se ponía de parto, me llamaba y yo iba a verla al hospital asignado. Tras valorarla, si consideraba que estaba de parto llamaba al gine para que acudiera y si no, mandaba a la mujer a casa. Si se quedaba para parir, durante toda la dilatación yo estaba con ella, pero el parto lo asistía el ginecólogo, mientras yo me ocupaba de los cuidados de la mujer y del bebé. Después

³⁵⁹ EAF.

iba a la habitación varios días a bañar al bebé y me interesaba por la evolución de la madre, por la lactancia, etc.³⁶⁰

Marisa Monzonis también asistió partos privados en nuestra ciudad, circunstancialmente, contando con la presencia de su hermano que es ginecólogo:

“Me ocupaba de las tres P: parientes, pobres y putas. Cuando tenían algún parto de algún familiar, alguna amiga o alguna mujer en situación económica desfavorable, como le daba apuro decirle a una matrona que no iba a cobrar, acudía a mí para que le ayudase”³⁶¹.

Nuestra octava informante se ha ocupado profesionalmente también de asistir partos en la medicina privada, pero manteniendo la coherencia con su forma de entender la evolución de cada parto. Esto es, sin acelerar los nacimientos que no presentan ninguna complicación. Y para ello siempre ha elegido a los obstetras que no inducían los partos por comodidad y que no limitaban el movimiento o la autonomía de las mujeres. Cuando terminó la especialidad estuvo dos años trabajando en la asistencia privada con tres médicos: el Dr. Navarro, el Dr. Nadal y el Dr. Sanz. Como ya hemos comentado en anteriores testimonios era una dedicación muy intensiva porque siempre había que estar localizada. En aquellos momentos no existía el teléfono móvil y se funcionaba con un buscapersonas que te daba un aviso, pero había que llamar a la central para saber de qué se trataba. Se llamaba a la mujer y se la citaba en la clínica donde iba a ser asistida para valorar si estaba o no de parto. Esta era la manera de trabajar de A. Montoya:

³⁶⁰ E23.

³⁶¹ E29.

“Mi relación con los médicos que trabajaba era excelente. El Dr. Navarro fue profesor mío y antes de terminar la especialidad ya me dijo ‘Cuando termines quiero que trabajes conmigo’. Así que cuando trabajábamos era yo la que dirigía el parto y él se sentía totalmente confiado. Tenía una confianza absoluta en mí y me reconocía toda la autoridad. La privada de entonces era de otra manera, pero yo era muy joven e iba a la mía. Yo me había dado cuenta de que había profesionales que ‘machacaban’ [sic] a las mujeres y yo no quería trabajar de esa manera”³⁶².

Nuestra matrona trabajó durante diez años en la Clínica Acuario pasando consulta con su fundador el Dr. Enguix y asistiendo partos, tanto en el domicilio de las gestantes como en Beniarbeig, donde tenían una Casa de Maternidad junto al hospital. La filosofía que presidió el funcionamiento de este centro se basó en varios pilares:

- Las parejas que acudían a vivir sus partos allí eran los protagonistas de sus propias vidas y tenían derecho a tomar las decisiones sobre su propia salud.
- Los trabajadores del centro debían conciliar su profesionalidad con el respeto a las decisiones de los usuarios: la madre y el padre.
- Para que las familias pudieran tomar sus propias decisiones, los profesionales tenían que proporcionarles una información veraz y operativa.
- Se trabajaba en equipo y se compartían los conocimientos y las actitudes de los distintos profesionales.

³⁶² EAM.

- Se utilizaban las técnicas terapéuticas menos agresivas posibles³⁶³.

Para poder trabajar de ese modo consideraron necesario construir un espacio cómodo para las mujeres de parto, con una decoración que se alejara de la frialdad de los quirófanos y los paritorios hospitalarios, y donde tanto la gestante como su pareja pudieran sentirse como en su propia casa. La experiencia nos la relata nuestra informante de la siguiente manera:

“Yo he nacido en la cama de mi madre y mi padre. Por tanto, es la estructura social la que no permite eso, pero nada más. En Acuario trabajé muy a gusto. Hacía lo mismo que en el hospital, pero en un ambiente muy predispuesto a ello y con más comodidad. Había distintos tipos de mujeres que venían, las que lo elegían porque consideraban que era lo moderno [sic] y otras que tenían plena seguridad y estaban convencidas de que iban a parir así porque podían. Estas últimas son las que lo consiguen vayan donde vayan. Pero allí los medios facilitaban la asistencia”³⁶⁴.

Pero tenemos que afirmar que la hegemonía del sistema obstétrico imperante en nuestro país, hizo que entre el personal sanitario de la asistencia hospitalaria se creara una ‘leyenda negra’ que solo incluía en la contabilidad de los relatos sobre este centro, algún caso que llegaba al paritorio de La Fe trasladado de la Clínica Acuario en el que había aparecido algún problema, sin mencionar los desenlaces adversos que se producían como

³⁶³ Asistencia al parto fisiológico sin intervenciones innecesarias. Humanización de la Asistencia al Parto. Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/acuario.htm>. Consultado el 19 de agosto 2013.

³⁶⁴ EAM.

resultado de una asistencia más intervencionista, que era la que, en muchas ocasiones, también se producía en la asistencia al parto convencional. Como profesional del tema en cuestión, tengo que expresar mi valoración avalada por años de experiencia como matrona en el paritorio del Hospital La Fe. Consideramos necesario aclarar que hay una clara distinción entre un embarazo y un parto de bajo riesgo, que puede asistirse en el hospital o en el domicilio, siempre que la persona responsable sea una profesional cualificada; y un embarazo o un parto considerados de riesgo medio o alto que, sin ninguna duda, ha de realizarse en un centro con la mejor tecnología disponible. También sabemos que en cualquier momento se puede producir una complicación imprevisible y, en ese caso, hay que tomar la decisión de trasladar a la mujer a un hospital que disponga de Cuidados Intensivos tanto para la madre como para el bebé.

Nuestra informante nos describe su actuación ante una complicación que se produjo en un parto que ella asistió en la Clínica Acuario:

“Una vez me quedé con una mujer que ya había parido y después hizo una hipotonía uterina³⁶⁵. Esto puede pasar en un hospital de la Seguridad Social, en Acuario, en el domicilio o donde sea. Pues yo le canalicé una vía, le repusimos el volumen y le administramos la medicación necesaria. Y el tema se resolvió sin ningún problema”³⁶⁶.

³⁶⁵ En obstetricia hablamos de Hipotonía o Atonía Uterina cuando se produce una pérdida de tono de la musculatura uterina. Cuando tras el parto no se producen las contracciones uterinas, puede aparecer una hemorragia postparto que pone en riesgo la vida de la madre.

³⁶⁶ EAM.

Montoya también ha asistido *partos en el domicilio de la gestante*³⁶⁷. Se preparaba una bolsa con algún gotero, bránulas³⁶⁸, el equipo de partos, suturas, gasas, varias ampollas de Syntocinon³⁶⁹, varias ampollas de Methergin³⁷⁰, jeringas y agujas, guantes, pinzas desechables para el cordón umbilical y algún analgésico. El equipo también disponía de sondas de aspiración por si el recién nacido tuviera dificultad para expulsar las secreciones. También se llevaba un Ambú³⁷¹ con mascarillas de diverso tamaño por si fueran necesarias para iniciar la ventilación del recién nacido. Este equipo se considera necesario por si se presenta alguna complicación ante la que hay que intervenir.

³⁶⁷ Actualmente existe una controversia en medios científicos sobre la influencia del ambiente donde se produce el nacimiento y los resultados maternos y perinatales. (Hodnett E, Downe S, Walsh D, Weston J., 2010), (Olsen O, Jewell MD., 2008), (Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J., 2010). Como ejemplo de la repercusión mediática que el debate suscita, podemos citar el artículo (López, 2010) 'El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital', donde se explica que alguno de los sesgos encontrados en este estudio podrían deberse al interés económico de los médicos. En los últimos años se está incrementando la demanda de partos en el domicilio en Estados Unidos, a lo que se manifiestan en contra las sociedades profesionales de Ginecología y Obstetricia de EEUU y Australia. Sin embargo, el Colegio de Médicos Británico aprueba esta práctica y la Organización Mundial de la Salud defiende el derecho de cada mujer a decidir sobre su parto.

³⁶⁸ Una bránula es un catéter venoso periférico.

³⁶⁹ Syntocinon es oxitocina sintética que ejerce un efecto estimulador de la musculatura lisa del útero. Se puede administrar durante el trabajo de parto, después del parto y durante el puerperio.

³⁷⁰ Methergin es un estimulante de las contracciones del útero que se utiliza después del parto para favorecer la involución del mismo de modo que se previene la hemorragia puerperal.

³⁷¹ La palabra Ambú es el nombre de la marca comercial comúnmente utilizada para la reanimación cardiopulmonar. Proviene de las siglas en inglés de Airway Mask Bag Unit. Es una mascarilla con reservorio.

Según testimonio de nuestra informante, el apoyo, el acompañamiento y la atención prestada por la matrona no debería modificarse fuera cual fuese el ámbito donde se está atendiendo el parto:

“Un parto en el domicilio es como todos los demás. Lo más probable es que la mujer no lleve una vía venosa canalizada porque se puede poner en cualquier momento que lo necesite ante la aparición de un problema. La mujer está en su cama durmiendo o donde quiera y tú estás en un sofá, esperando que ella te diga lo que quiere. La mujer se levanta o se acuesta, va al baño o se ducha si le apetece, va a la cocina a comer o a beber y cuando está apurada y te lo dice, la acompañas y la ayudas porque necesita que estés más con ella. Y respiras con ella, le ayudas a moverse, a agacharse, la sujetas, le haces un masaje o lo que necesite. Pero es que eso en el hospital también se puede hacer, a no ser que la tengas atada o le prohíbas moverse, porque yo trabajo así³⁷².”

Nuestra novena informante recuerda la opinión que tenían ella y sus compañeras mientras estaban realizando la especialidad sobre el parto en el domicilio. “No lo podíamos comprender, para nosotras era un anacronismo”. Se consideraba que cuando una mujer paría en casa era porque era una irresponsable que no se había controlado el embarazo, o bien, que había sido algo inevitable, un expulsivo demasiado rápido que no le había dado tiempo a salir de casa:

“Durante la especialidad no nos comentaban nada de los partos en el domicilio. Mi marido había nacido en su propia casa y yo pensaba que mi suegra era una desbaratada [sic]. Entendíamos que solo se podía parir en las condiciones que proporcionaba el

³⁷² EAM.

hospital y, si alguien paría en casa, era porque pertenecía a una clase socioeconómica muy, muy baja o porque vivía muy lejos del hospital. Y de las matronas de antes pensábamos que eran mujeres que ayudaban a parir pero que no eran verdaderas profesionales”³⁷³.

En la actualidad, en España el parto en casa es una opción de pago privado sin cobertura por la Seguridad Social en ninguna de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, en otros países de nuestro entorno la situación es diferente. En Dinamarca, Noruega y Holanda –donde este tipo de parto es elegido por el 30% de las gestantes–, está cubierto por la Seguridad Social. En Estocolmo, la región más poblada de Suecia, la cobertura alcanza a los segundos partos, siempre que éstos sean de bajo riesgo. En Francia, el parto en casa está cubierto. Pero la embarazada debe pagar a él o a la profesional y después, la Seguridad Social le reintegra el importe. En el Reino Unido, el National Health Service tiene equipos de comadronas dedicados a la asistencia al parto en casa, las cuales forman parte y dependen del Servicio de Obstetricia de cada hospital. Las comadronas del equipo tienen contacto frecuente con la embarazada hasta el día del parto. En dicho país, tanto el Colegio Profesional de Matronas como el de Obstetras y Ginecólogos, apoyan el parto en casa cuando durante la gestación no se han presentado complicaciones.

La entrevista con Amparo Montoya nos aportó información sobre un aspecto que, a pesar de no estar relacionado con el núcleo central de nuestra investigación, hemos considerado interesante comentar. Se trata del tema de *la adopción* de hijos por parte de parejas que no podían tenerlos Tanto en la asistencia privada como en la pública se podía dar a los hijos en adopción de

³⁷³ EMJM.

una manera más o menos directa porque la legislación no estuvo regulada hasta 1996 y completada en el año siguiente tal y como la conocemos en la actualidad³⁷⁴. Hasta ese momento la única posibilidad de adoptar a un bebé era conociendo a alguien del mundo sanitario. Según el testimonio de nuestra informante, en la asistencia privada la mayoría de las veces se hacía una cesárea y los padres adoptivos salían de la clínica con el bebé en sus brazos:

"Yo opino que para la criatura era bueno, porque pasaba directamente a una madre que, aunque no fuera la madre biológica era la que iba a hacerse cargo del bebé desde el principio e iba a criarle. La familia se hacía cargo de lo que costaba el parto, de la clínica, del ginecólogo y de la matrona y del mantenimiento de la madre durante el embarazo."³⁷⁵.

³⁷⁴ La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor respecto a la adopción nacional e internacional, introduce la exigencia del requisito de idoneidad de los adoptantes, que debe ser apreciado por la entidad pública, y regula meritoriamente la adopción internacional. A partir de la entrada en vigor de la Ley 21/1997, de 11 de noviembre, es cuando en España se produce un cambio radical en la concepción de la institución jurídica de la adopción: la configuración de la misma como un elemento de plena integración familiar y el interés del niño adoptado que se sobrepone a los otros intereses legítimos que se dan en el proceso de la constitución de la adopción. Por otra parte se potencia el papel de las entidades públicas con competencia en protección de menores. Disponible en: http://adopcion.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=91. Consultado el 13 de agosto de 2013.

³⁷⁵ EAM. Dado que no hay documentos que puedan acreditar como se realizaban estos procesos porque se llevaban de manera discreta, sin documentos ni evidencias, hemos considerado que es interesante conocer el testimonio directo de una de las matronas que vivió directamente alguno de estos casos.

La primera experiencia laboral de M^a José Miragaya la realizó como enfermera durante unos meses en la Unidad de Lactantes de un hospital privado de Alicante. Esto le sirvió para posicionarse como una firme defensora de la asistencia pública. "Allí, para sondar a un hombre había que llamar al barbero, cosa que yo no concebía. Se facturaba hasta las pajitas de beber agua".

En la asistencia pública había trabajado en el paritorio de La Fe en 1986, en cuanto terminó la especialidad. Fue ocho años después cuando hizo varias mejoras de empleo en el Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva donde se encontró con dos matronas que, como ella, han estado comprometidas con la de-construcción de lo aprendido y con la defensa de su propio criterio. La primera fue una compañera que quiso hacer las cosas 'de otra manera' en el paritorio y a consecuencia de ello tuvo un enfrentamiento directo con alguno de los médicos. Pero la matrona respondió directamente sin dejarse achantar. Esa experiencia hizo que M. José se reforzara en la idea de que había que defender las ideas propias ante quien fuera. En el mismo hospital tuvo la suerte de coincidir con una matrona más mayor, María Navarro³⁷⁶, que procuraba hacer los partos sin realizar la episiotomía y nada más nacer ponía al bebé en el pecho de su madre. Impulsada por la actitud de estas dos compañeras, poco a poco, se fue forjando una manera de ser matrona que ha mantenido a lo largo de sus años de ejercicio. Cuando obtuvo la plaza en la Fe en el 2004 volvió a encontrarse con una compañera de promoción, Rosario Rozada, con la cual ha formado tándem para trabajar de la manera menos intervencionista posible.

³⁷⁶ EMN una de las matronas a las que entrevistamos para conocer su experiencia en la asistencia al parto en el domicilio de la mujer.

Sonsoles Pereira, nuestra informante gallega, trabajó como enfermera durante once años –siete en la unidad de radiología del Hospital Gil Casares y tres en la unidad de cardiología infantil, en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Durante esos años obtuvo la especialidad de pediatría, de enfermera de empresa y la de matrona en 1993. Empezó a trabajar como matrona en un hospital privado durante dos años, donde el parto lo asistía la matrona siempre que no se presentaran complicaciones. Después de cuatro años en un Centro de Salud, obtuvo la plaza fija en uno de los hospitales públicos de A Coruña donde trabaja actualmente: “Hace quince años teníamos unos 250 partos al mes y, a día de hoy, tenemos 180”. En sus primeros años de trabajo la atención al parto era muy intervencionista:

“A finales de los noventa solo existía la opción de litotomía para parir y los ‘potros’ eran muy antiguos. La gestante no tenía ninguna movilidad una vez pasaba a la sala de dilatación. La realización de episiotomía era casi habitual y se suturaba con catgut mediante ‘puntos de colchonero’ y ‘puntos sueltos’. Durante la dilatación, la oxitocina se regulaba contando las gotas por minuto y como alivio del dolor solo existía la ‘mezcla lítica’. Se hacían más cesáreas urgentes porque solo se tenía en cuenta el registro cardiotocográfico y el valor del Ph. No teníamos protocolos de actuación y la asistencia era muy intervencionista. Los acompañantes no entraban en la dilatación ni en el parto porque, además de que no había espacio físico-los profesionales no estaban concienciados de la importancia del acompañamiento en el parto”³⁷⁷.

Esa disminución en el número de partos que se ha producido en nuestro país, ha permitido que se oriente la

³⁷⁷ E19.

asistencia de una manera diferente. Sonsoles considera que ahora disponen de más tiempo para dedicarle a la gestante, favoreciendo también la participación del acompañante:

“Ahora trabajamos de otra manera y es más agradable para la mujer. La mujer puede elegir si quiere parir en la cama, porque la misma cama es articulada y le permite cualquier posición. La episiotomía no es sistemática y, generalmente, solo hay desgarros de primer o segundo grado. La sutura se realiza de manera continua. Si hay que poner oxitocina siempre es con una bomba de perfusión y se ofrece la epidural a la mujer que lo desea. También tenemos ‘pelotas’ [sic] y ‘sillas de parto’. Hay monitores centrales y se realizan donaciones de cordón umbilical. Tenemos ‘pulsioxímetro’ con lo que ha disminuido el número de cesáreas. Poco a poco hemos ido elaborando los protocolos de asistencia al parto las mismas matronas del servicio”³⁷⁸.

Mayca Fuertes, la décima matrona entrevistada, en cuanto obtuvo el título de matrona empezó a trabajar. Tras una breve sustitución en Atención Primaria pasó dos años trabajando en distintos hospitales, lo que le aportó una formación extraacadémica suplementaria debido a que tuvo la oportunidad de trabajar con distintas matronas:

“Hice un contrato en el Hospital de Requena y estuve dos meses, luego estuve 4 meses de verano en Gandía y también hacíamos guardias sueltas en el Hospital de Sagunto. Después me fui a Onteniente a cubrir una baja maternal. Luego ya fui al Hospital de la Ribera donde me quedé fija”³⁷⁹.

³⁷⁸ E19.

³⁷⁹ EMF.

El Hospital Universitario de La Ribera empezó a funcionar en enero del 1999. Al estar gestionado por grupos económicos responsables de seguros privados, consideramos interesante hacer una pequeña introducción sobre la gestación y puesta en marcha del primer hospital financiado con fondos públicos y gestionado por empresas privadas. Este centro ha servido de modelo para llevar a cabo la gran presión privatizadora que existe –desde la llegada al poder del Partido Popular, sino antes- en diversas ciudades del país en las cuales se ha formado una enorme oposición formada por profesionales y ciudadanos que se conoce con el nombre de ‘La marea blanca’. De todos es sabido que la Ley General de Sanidad de 1986 garantiza la prestación sanitaria pública, integral y gratuita a toda la población mediante la financiación con fondos públicos. Posteriormente, en 1997 se hizo una ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, consensuada por el Partido Popular y el Partido Socialista Obrero Español³⁸⁰ que introdujo la posibilidad de que los servicios sanitarios fueran prestados por instituciones jurídicas distintas al propio Estado. EL Hospital de la Ribera está en el término de la localidad valenciana de Alzira y fue el primer hospital público español gestionado bajo la modalidad de *concesión administrativa*, que se sustenta en cuatro pilares: propiedad pública, control público, financiación pública y gestión privada, lo que se ha dado en llamar ‘El modelo Alzira’. Dicho modelo se basa en la colaboración estratégica entre un grupo de empresas – Adeslas, Ribera Salud (UTE), Dragados y Lubasa-, y la Generalitat Valenciana.

El establecimiento del primer hospital privado financiado con fondos públicos fue muy contestado por la mayor parte del

³⁸⁰ Ley 15/1997 de 25 de abril, publicada en BOE de 26 de Abril de 1997.

estamento sanitario, profesionales, sindicatos (El País, 1998), asociaciones colegiales de médicos (El País, 2001), por el Ayuntamiento, etc.

Aunque su objetivo era aportar nuevas soluciones al sector de la sanidad pública, lo cierto es que ha estado plagado de irregularidades económicas que llevaron a que en el 2003 la concesionaria, no pudiendo hacer frente a la explotación del hospital por sus pérdidas, tuvo que recurrir a la Generalitat Valenciana, la cual –de manera inexplicable- anuló la adjudicación, pagando a la concesionaria una indemnización de 25 millones de euros como compensación por el supuesto lucro que iban a dejar de percibir por la anulación de dicha adjudicación. El pago de esa compensación fue condenado por el Síndic de Greuges (El País, 2003). La oposición criticó ampliamente esta operación, manifestándose incapaz de entender cómo se podía liberar a la empresa de una obligación por no ser rentable y, a la vez, compensarla por el dinero que dejaría de ganar al no seguir con ese negocio ruinoso. Tras este proceso, la Generalitat abrió un nuevo concurso en el que se aumentaban generosamente en un 68% las cantidades que la administración autonómica pagaría por la explotación del hospital, y pese a los malos resultados de la experiencia anterior, adjudicó la explotación a la misma UTE concesionaria.

A lo largo de los casi catorce años de funcionamiento se han ido recogiendo muchas críticas al sistema. En primer lugar, la derivación de usuarios de otras áreas al hospital, evidenciándose la injerencia de criterios económicos en la atención médica, provocando, por ejemplo, que el hospital atienda preferentemente a enfermos desplazados, por los que la administración debe pagar más que lo que significaría el abono de los servicios a los usuarios que residen en su área de cobertura. Los medios de comunicación

denunciaron que desde instancias oficiales se enviaban desde otras provincias próximas a este hospital privado enfermos crónicos (El País, 2001) cuyo tratamiento era posible en instalaciones cercanas a su domicilio, con el único objetivo de aumentar los ingresos percibidos por el Hospital de la Ribera. Se ha documentado también un incremento injustificado de los partos atendidos en ese hospital, que no se corresponden ni con el peso demográfico de la población adscrita en el conjunto de la provincia ni con un aumento similar en el número de nacimientos en la misma, del que se puede sospechar que se realiza únicamente con objeto de aumentar los beneficios (El País, 2003). Este hecho se constató también en cuanto al número de partos asistidos. Este es el testimonio de nuestra informante:

“Al ser un hospital de gestión privada quiere captar el mayor número de pacientes y tiene una dinámica empresarial muy clara. Yo siempre pensaba que para los pacientes, el hospital de la Ribera era un chollo [sic], pero para los trabajadores no, porque trabajabas mucho. El trato era exquisito, la hostelería era magnífica, incluso al principio de la puesta en marcha del hospital había personas que salían a la entrada a recibir a los pacientes. Todo eso se fue perdiendo con el tiempo”³⁸¹.

Mayca Fuertes empezó a trabajar en Alzira en el mes de mayo, cuando estaba empezando a funcionar el servicio de maternidad. Su experiencia de trabajo fue satisfactoria porque las personas que formaban el equipo establecieron unas relaciones menos jerarquizadas que las que encontró años después al llegar al paritorio de La Fe y coincidían en el pensamiento de que formaban parte de la empresa, ya que si se cumplía el objetivo de

³⁸¹ EMF.

que todas las mujeres que lo solicitaran tuvieran la analgesia epidural, podrían cobrar una productividad que compensaría el salario que tenían -inferior al que se cobraba en cualquier hospital de la red pública-.

“Yo entré con contrato indefinido. Si comparamos la forma de trabajar en La Fe y en la maternidad de la Ribera, era totalmente opuesta. El hospital de Alcira se acababa de abrir y la plantilla éramos muy jóvenes. Pero teníamos mucha ilusión y muchas ganas de hacer cosas. En el paritorio no había supervisora y hubo que montarlo todo, inventarlo todo. Trabajábamos muy unidos, muy en equipo: gines, matronas, pediatras, celadores, etc... Nos sentábamos a comer y a cenar juntos, no había el clasismo que siempre ha habido en La Fe. También tiene importancia el hecho de que en un hospital comarcal hay menos gente y es más fácil conocernos todos. Lo recuerdo como unos años maravillosos, de muchísimo trabajo pero de mucha ilusión. Todo estaba por hacer, por empezar. Empezamos a hacer protocolos, a ser conscientes de que cada mujer que lo pidiera tenía derecho a utilizar el recurso de la epidural”³⁸².

Otra de nuestras informantes compartió los inicios de la maternidad de la Ribera cuando tras realizar una entrevista firmó un contrato indefinido. Según ella, los inicios fueron difíciles hasta que el servicio estuvo montado totalmente: “Yo hice el primer parto eutócico del Hospital de la Ribera, porque el primer nacimiento fue una cesárea. El parto que yo asistí era de una madre soltera de diez y ocho años y fue con epidural. El material era escaso, ni siquiera teníamos lo básico y lo pasábamos fatal”³⁸³.

³⁸² EMF.

³⁸³ E9.

Dos críticas se hicieron públicas en el diario El País en el año 2001. Aunque las fuentes no han sido contrastadas, indican que el gerente del hospital, Alberto de Rosa, hizo unas declaraciones en un congreso sobre Sanidad Privada y su papel en el Sistema Nacional de Salud, que hacían sospechar la arbitrariedad en la asignación de recursos y procesos, atendiendo exclusivamente a la rentabilidad de la inversión e ignorando criterios estrictos de salud pública. La connivencia entre responsables políticos y de la empresa concesionaria se ha probado en numerosas ocasiones (El País, 2001). El segundo aspecto reprochado sistemáticamente por el Partido Socialista desde los primeros años de funcionamiento del hospital de la Ribera es la opacidad en el control del gasto (El País, 2001).

La empresa se ha visto envuelta regularmente en conflictos laborales debido al incumplimiento frecuente de los convenios colectivos (El País, 2003), al despido improcedentemente de alguno de sus trabajadores, a la constatación de represalias a delegados sindicales o por negar a los profesionales pagos y prestaciones a los que estos se consideraban con derecho.

En cuanto a la forma de atender a las mujeres de parto nuestra informante nos habla de un trato exquisito y desmonta una idea bastante generalizada entre los profesionales que atienden a las mujeres en el proceso, que sugiere que cuando las gestantes llevan puesta una analgesia epidural no necesitan cuidados de la matrona:

“El trato a las mujeres era más cercano, más humanizado, de mucha empatía con la mujer porque, a pesar de la epidural, trabajábamos muchísimo con la mujer. La relación con la gestante era muy directa. Hay quienes piensan que cuando lleva epidural, la mujer no te necesita. Y eso no es así. En aquella época 2000-2006 no estaba institucionalizado lo de “el parto

mínimamente intervenido”, pero sin ese nombre ya trabajábamos así. Los expulsivos no tenían plazo, sino que si la cosa avanzaba y estaba bien, nos esperábamos y apostábamos por un parto vaginal. Intentábamos hacer las menos episiotomías posibles. Era un sitio donde podías poner en práctica lo que habías leído, lo que habías aprendido en un Congreso, porque nadie te decía nada y los ginecólogos y pediatras, generalmente, te respaldaban”³⁸⁴.

Para ser un hospital comarcal el número de partos era muy elevado por las razones que hemos expuesto más arriba, en torno a unos quince diarios. Eran dos matronas por turno, pero aún con ese exceso de trabajo se sentaban al lado de las mujeres y establecían una relación de complicidad: “Nos cogían la mano, nos reían, nos lloraban, nos daban recetas de cocina, en fin... era una relación muy, muy cercana”³⁸⁵.

Todo eso choca cuando llega a la Fe. Su traslado a la Fe se produce por asuntos familiares: “Tuve a mi hija, que por cierto nació en Alzira y empezó a pesar la carretera y pesaba el trabajo en las guardias porque la carga asistencial era mucha”. El contraste le produce un shock, a pesar de que todas las matronas han oído hablar del paritorio de La Fe como algo cuanto menos peculiar: “Me doy de frente con las jerarquías, que es algo que hoy en día aún me cuesta de digerir. Yo había oído que la gente se distribuía por salitas y que no se mezclaba y pensaba que eso no podía ser, me parecía que debían exagerar”. En cuanto al espacio físico que ocupan las mujeres en la dilatación le sorprende que un mismo habitáculo pueda ser compartido por dos mujeres. Comprueba que existe -aunque de manera velada- una jerarquía

³⁸⁴ EMF.

³⁸⁵ EMF.

entre matronas porque se encuentra con compañeras que defienden lo que consideran derechos adquiridos, le sorprende la separación con el resto de profesionales porque cada estamento tiene su propio espacio de descanso, por supuesto en cuanto a dimensiones se impone la jerarquía y las señoras de la limpieza tienen dos sillones y una mesa en un cuarto de tres metros cuadrados. En cuanto a la dependencia o subordinación a los médicos descubre una manera de relacionarse profesionalmente que no ha observado en ninguno de los hospitales que ha trabajado:

“El cuestionamiento que tienen los ginecólogos hacia nuestro trabajo hace que tengamos que justificar por qué los llamamos... Para mí significa un choque tremendo porque veo que mis compañeras lo tienen asimilado como algo completamente ‘natural’ y a mí se me antoja ‘marciano’”³⁸⁶.

A pesar de su formación en Psicología tiene su propio criterio respecto a la mejor forma de relacionarse con la mujer durante el período de dilatación: “Para mí es un conflicto trabajar sin epidural porque veo más normal relacionarme con una mujer que está consciente que tener que comunicarme con una mujer que está sedada con la mezcla lítica y está semi inconsciente”.

³⁸⁶ EMF.

4.6. El ámbito laboral en la Atención Primaria.

Hasta que a finales de los ochenta³⁸⁷ del siglo pasado se generalizó la presencia de la matrona en Atención Primaria se puede afirmar que los embarazos no eran controlados sistemáticamente. A partir de entonces, según consta en el Programa de Atención a la Madre, está protocolizado el número de controles que se deben realizar durante la gestación, las analíticas que hay que solicitar y el criterio para derivar a las gestantes a un especialista médico cuando el embarazo se considera de riesgo. Algunas mujeres acudían a la matrona de APD o, si su situación económica se lo permitía, se hacían visitar por un ginecólogo privado. Pero, la mayoría de las mujeres, se presentaban por primera vez en un centro sanitario cuando se iniciaba el parto.

Una vez aprobada la Ley General de Sanidad en 1986, se procedió al desarrollo paulatino de la legislación que permitió hacer efectivas las transferencias en materia de salud a las distintas Comunidades Autónomas. En el País Valenciano se comenzó el proceso a partir de la publicación del Real Decreto Constitutivo del Sistema de Salud Autonómico 1612/1987, del 27 de noviembre³⁸⁸. Empezó a desarrollarse la Atención Primaria mediante la construcción de los Centros de Salud, que poco a poco fueron sustituyendo a los anteriores ambulatorios.

³⁸⁷ Desde principios de la década de los ochenta del siglo XX, varias matronas que están ocupando interinamente las plazas de APD, conscientes de que sus funciones, tal y como constan en la legislación de 1973 han perdido sentido ya que los partos se producen en los hospitales, comienzan por iniciativa propia a realizar el control del embarazo y la educación maternal en sus municipios.

³⁸⁸ Real Decreto Constitutivo del Sistema de Salud Autonómico. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>

Cuando terminó su período de gestión, el equipo de matronas encabezado por Paquita Mocholí realizó una Memoria sobre el trabajo realizado y se fueron a un Congreso en La Habana donde presentaron su experiencia.

“Mira si éramos inquietas que cuando acabamos el período de gestión en el maternal, hicimos un trabajo con la Memoria de Gestión y nos fuimos a presentarlo en La Habana. Después nos quedamos 15 días en Cuba para observar cómo funcionaban allí en Atención Primaria y nos trajimos muchas ideas. Allí la enfermería tenía un protagonismo tremendo y eso fue muy bueno para nosotras. Además contactamos con otras enfermeras sudamericanas y con otras canadienses que nos daban sopas con honda [sic]”³⁸⁹.

A los pocos meses de ser cesada en su cargo de Subdirectora de Enfermería del Hospital Maternal La Fe, Paquita Mocholí solicitó el traslado como matrona de un Equipo Tocológico en un Centro de Especialidades. Hasta entonces, la función de la matrona en estos centros consistía en pasar visita con el ginecólogo y su horario era de dos horas al día. Según el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social publicado en 1973, en su artículo 51 prescribía que “En las Instituciones sanitarias abiertas la jornada laboral del personal Auxiliar Sanitario será de seis horas continuadas (treinta y seis horas semanales). A pesar de la normativa la situación se había ido relajando y el horario no se cumplía. Según testimonio de nuestra informante:

“Cuando empezamos, las matronas que estaban en los Equipos Tocológicos solo pasaban consulta con el médico 2 horas al día.

³⁸⁹ EPM.

Antes se hacía el control de la embarazada a demanda y no había un programa, ni había Educación Maternal, ni clases de postparto, ni masaje infantil. Nosotras, nada más entrar, gestionamos con la Consellería poder hacer 5 horas para poner en marcha la educación maternal. Entonces hicimos una formación con Emilia Noguera y con Paco Donat sobre Planificación Familiar y Educación para la Salud y al poco tiempo pudimos implantar el Programa de Atención a la Madre y el de Menopausia. En 1999 nos ofrecieron la posibilidad de pasar a Primaria y me fui al Centro de Salud de Padre Jofre y después me trasladé aquí, al Centro de Salud Guilem de Castro³⁹⁰.

A pesar de que en Atención Primaria las matronas realizan un trabajo autónomo y tienen la capacidad y la formación adecuadas para realizar todos los cuidados y la atención a la mujer durante todo su ciclo vital, la realidad es que no ha existido la suficiente voluntad política para que las competencias de las matronas puedan desarrollarse en todo su potencial. En los Centros de Salud, debido a la ausencia de recursos de personal solo está garantizado el Programa de Atención a la Madre que contempla el control del embarazo y la atención a los grupos de Educación Maternal. También en muchos de los centros se han creado Talleres de Lactancia, gracias a la iniciativa de las matronas y a la implicación y la colaboración de asociaciones ciudadanas como Amamanta o Sina. Pero incluso en la atención al embarazo encontramos uno de los déficits más importantes que es la ausencia de coordinación entre las matronas de primaria y las de hospital de las distintas Áreas de Salud. En la actualidad, en Valencia, solo en cuatro centros se realiza el Programa del

³⁹⁰ EPM.

Climaterio³⁹¹. El Taller de Masaje Infantil podemos decir que no se hace en ninguno de los centros y las matronas siguen estando ausentes en las consultas de Planificación Familiar y en las unidades de puerperio.

Meses después de que P. Mocholí y sus dos adjuntas fueran cesadas en sus cargos, A. Fabra pidió una Comisión de Servicio y se trasladó al primer Centro de Planificación Familiar público de la Comunidad Valenciana. En ese centro trabajan en equipo un ginecólogo, una matrona, un psicólogo, una administrativa y una trabajadora social. Desde 1985 hasta 1989 fueron años muy fructíferos para nuestra matrona. Fue necesario ampliar su formación en aspectos relacionados con la Educación para la Salud, en técnicas de comunicación y en intervención sanitaria, todos ámbitos relacionados con la Atención Primaria a la salud:

“No paré de hacer cursos y talleres y todo lo que parecía interesante. Fue un momento que significó una inflexión en mi vida profesional porque aprendí muchísimo, sobre todo a ver las cosas desde otro ángulo más humano, más natural y lo considero muy positivo”³⁹².

Desde allí, volvió a pedir un traslado y se marchó al Centro de Atención Primaria de Alcoy. Se llevó consigo todos los protocolos de Educación Maternal que habían hecho sus compañeras en La Fe ya que consideraba que eran excelentes.

³⁹¹ Valencia fue pionera en la creación y desarrollo del Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Dicho Programa fue plasmado en un artículo científico (Dupuy Lago, Donat Colomer y Marín Torres, 1994) y se hicieron presentaciones en distintas Comunidades Autónomas para su posterior aplicación.

³⁹² EAF.

Recogió todos los documentos del Programa de Atención a la Madre y en poco tiempo se puso al día en un trabajo que hasta entonces no había realizado. Ella lo recuerda como muy gratificante:

"Fue una época magnífica porque Atención Primaria es una manera de recargar las pilas ya que todo es agradecimiento a la matrona por parte de la mujer. Era muy diferente al paritorio, donde estás con la mujer unas horas y luego ya no vuelves a contactar con ella porque es la forma de funcionamiento de los hospitales. Sin embargo, en primaria llevas todo el control del embarazo, la preparación al parto, el postparto y permite crear un vínculo muy bueno con la mujer"³⁹³.

M. José Orengo, es una de las matronas entrevistadas que obtuvo el título en 1982, y desde entonces siempre ha trabajado en Atención Primaria. Hasta mitad de los noventa estuvo trece años como matrona de APD en Gandía. En aquellos años, como sabemos, los partos ya no se hacían en el domicilio, pero hasta que no se pusieron en funcionamiento los Centros de Salud siguió existiendo la figura de matrona de APD, aunque debido a los cambios socio-sanitarios que se habían producido estaba mermada de contenido asistencial o de educación para la salud.

"Como en aquellos años ya no se hacían partos en el domicilio, cuando las mujeres volvían a casa, si tenían algún problema con la episiotomía, con la lactancia o con el cuidado del bebé, pasaba por su domicilio. Esto pasaba una o dos veces al mes. Y cuando no había problema las citaba en la consulta"³⁹⁴.

³⁹³ EAF.

³⁹⁴ E30.

Cada una de las matronas que ocupaba estas plazas actuó de distinta manera. Unas, las más mayores, las que habían trabajado duramente los años anteriores estando disponibles todos los días del año por si se presentaba algún parto, lo vivieron como un merecido descanso y, si acaso, acudían al centro sanitario que había en la localidad para decir que 'si alguien preguntaba por la matrona la llamaran'. Pero durante unos años la mayoría de estas plazas siguieron cubriéndose provisionalmente por la administración mientras estaban vacantes y las fueron ocupando matronas jóvenes, a falta de una plaza fija o alguna sustitución en el hospital. Estas matronas se dieron cuenta de que tenían que asumir competencias y dotar de contenido su presencia. Así, de manera más o menos reglada, negociaron con los Ayuntamientos de las distintas localidades para que les encontraran un espacio dotado con lo que necesitaban para pasar una visita de control del embarazo y para poner en marcha cursos de educación maternal para las gestantes. Pidieron una camilla, un peso, una cinta métrica, un estetoscopio de Pinard, guantes y material de curas, un aparato para medir la tensión arterial y un proyector de diapositivas, un video y algunas colchonetas para iniciar la educación maternal. Fue el germen de lo que paulatinamente se convertiría en la Matrona de Atención Primaria.

Cuando en diciembre de 1986 Pepi Alemany pidió el traslado a un Centro de Especialidades las matronas se ocupaban de pasar consulta con el médico. La Ley General de Sanidad que regulaba el trabajo en Atención Primaria todavía no obligaba a dichas matronas a realizar las funciones que las matronas realizaban en los Centros de Salud. Se continuaba con el modelo anterior, donde las gestantes acudían en el sexto o séptimo mes de embarazo y después se presentaban en el hospital en el momento del parto. El control de la gestación era deficiente, tanto por parte de las

matronas como de los ginecólogos. Nuestra matrona se propuso cumplir el horario reglamentario ya que el número de partos había descendido y no tenían que acudir a la guardia semanal nocturna como en años anteriores. Varias de las matronas del ambulatorio se pusieron de acuerdo para formar varios grupos e impartir los cursos de Educación Maternal. Hubo reuniones entre las matronas que pertenecían a las distintas Áreas de Salud y algunos de los directores médicos se mostraron proclives a que éstas se ocuparan de realizar todas las funciones que la ley prescribía para las matronas: "Yo hablé con nuestro director de área y le dije que nosotras estaríamos encantadas, pero que para eso nos tenía que sacar de las consultas de los médicos". Se pusieron en marcha los recursos jurídicos pertinentes y las matronas que lo solicitaron pudieron pasar a formar parte de los Equipos de Atención Primaria. El problema que se encontraron muchas de ellas fue que no tenían espacio físico para poder realizar su trabajo: "Yo me fui al Centro de Salud de la calle Chile, donde tuve que adaptarme en un cubículo pequeño que llené de posters para que pareciera que tuviera una ventana. Pedí un potro, un sony para escuchar a los bebés, en fin todas las cosas necesarias". Como otra de las matronas entrevistadas, Pepi Alemany recogió toda la información elaborada por sus compañeras de La Fe para organizar los cursos de Preparación al Parto. A pesar de que ha disfrutado de su trabajo en primaria, en su testimonio vuelve a mostrarse la rivalidad que existía entre la anterior jefa de matronas y ella: "A partir de entonces algunas compañeras de primaria nos tenían a Rosa [Gas] y a mí como guía, así como otras tenían a Paca Mocholí como *guía pensante*".

Nuestra matrona gallega nos reportó la experiencia vivida como matrona de atención primaria en los primeros noventa, que desempeñó durante cuatro años, antes de incorporarse a la

asistencia en el hospital. Aún no había talleres de lactancia, ni de masaje infantil, ni se contemplaba la atención a la mujer climatérica, pero en la propia consulta se atendían estos temas individualmente. Nos comentó que durante aquellos años se mantenía la costumbre de hacerle regalos a la matrona como huevos, fruta, dulces o queso a modo de agradecimiento. En cuanto a las visitas domiciliarias:

“A principio de los noventa, en Galicia, aún había algún parto en casa que asistía el médico. Yo hacía la atención domiciliaria a las puérperas. Tenía un maletín con instrumental y con medicación que pertenecía al Centro de Salud. Hacía las curas de las episiotomías y de las cesáreas, curaba el cordón umbilical. Los problemas más importantes que he asistido en el domicilio han sido alguna infección de las heridas, recién nacidos con bajo peso y alguna depresión posparto³⁹⁵”.

Rosa Ribes al terminar su periodo de gestión solicitó el traslado de matrona al Centro de Salut Trinitat en el año 2004. A pesar de que el espacio físico del que dispone para acometer su trabajo en la consulta es reducido, ella lo optimiza creando un entorno agradable para las mujeres que acuden para el control de la gestación y reconoce la importancia que tiene poder ofrecerles la evidencia científica disponible para que estén en condiciones de tomar la mejor decisión sobre como desean que transcurra su parto:

“Me siento muy satisfecha de poder haber ‘tocado todos los palos’ de mi profesión. El hecho de establecer una relación con las gestantes, de vivir mes a mes la evolución del embarazo, de trabajar con ellas en los cursos de educación maternal y, en

³⁹⁵ E19.

definitiva, de tratarlas como ciudadanas que gestionan su salud es muy gratificante”³⁹⁶.

Carmen María Pons³⁹⁷ excepto los dos primeros años tras terminar la especialidad que trabajó en el Hospital de Gandía, siempre ha trabajado en atención primaria. Hizo una sustitución de poco tiempo en Cheste, donde pasaba visita a la embarazada para controlar la gestación en un piso cedido por el Ayuntamiento de la localidad y después pasó a Benimamet donde sigue trabajando en la actualidad.

“Aprendí a llevar la consulta por ensayo y error [sic], ya que durante mi formación no se hacía ningún rotatorio por atención primaria. También he aprendido de otras compañeras. Al principio me iba con la matrona del pueblo de al lado para aprender y también he leído mucho y me he interesado constantemente por mejorar mi manera de atender a las mujeres”³⁹⁸.

Cuando empezó a trabajar en Benimamet planificó su trabajo para prestar atención a las necesidades de las mujeres. Creó una consulta donde se encargaba de los controles de seguimiento del embarazo, organizó la educación maternal mediante charlas que abordaban los temas relacionados con el embarazo, el parto, los cuidados del recién nacido y la crianza, se incluyeron ejercicios que, fundamentalmente, preparaban la pelvis de la mujer para el momento del parto. También se hacía relajación, visualización y respiraciones, que formaban parte del entrenamiento sofrológico para el parto. En los primeros años,

³⁹⁶ ERR.

³⁹⁷ E21.

³⁹⁸ E21.

cuando una mujer regresaba a casa después de la hospitalización del parto, ella hacía una visita para comprobar cómo estaba la mujer y su recién nacido. "Nada más llegar me ofrecían algo para desayunar o para merendar. Después hablábamos y les hacía una revisión. Al mes, las volvía a ver, esta vez ya en la consulta". Desde el principio se dio cuenta de que a las mujeres les faltaba apoyo para la lactancia materna y decidió montar un taller de lactancia y crianza: "El comienzo fue difícil porque no conseguía que las madres y padres acudieran al taller de una manera periódica, pero poco a poco comenzó a funcionar". En la actualidad es uno de los talleres de lactancia más completos, donde se compatibiliza la participación de la matrona con la de las propias mujeres, la primera para reforzar temas de interés para las mujeres sobre la fisiología de la lactancia y los problemas que pueden aparecer. Pero son las propias mujeres las que dinamizan el taller, pertenecen a grupos de apoyo a la lactancia materna y organizan charlas sobre alimentación infantil, sobre masaje, concursos de fotografía, etc.

A finales de los ochenta comenzó a llevar el Programa del Climaterio, donde se hacían ejercicios y se trabajaban temas de autoestima, relaciones y recuperación de su identidad como mujeres. En 1995 empezó a hacer citologías y para ello hizo un curso de preparación y acudió en alguna ocasión a la consulta de un ginecólogo para aprender la técnica.

Carmen María está muy satisfecha de su trabajo en atención primaria porque desde el primer momento acompaña a la mujer durante el embarazo. Pero también manifiesta:

"Lo que menos me gusta es no poder ir al paritorio para hacer guardias. Para mí sería fundamental, ya que podría conocer de primera mano cuales son las necesidades de las personas que

vienen a la consulta, me podría actualizar y así transmitiría mejor a las madres y a los padres lo que se van a encontrar cuando vayan al hospital”³⁹⁹.

Ma José Miragaya, la novena matrona entrevistada, en 1987 hizo una sustitución de matrona en el Centro de Especialidades de Juan Llorens. Cubrió a Paca Mocholí que estuvo como liberada sindical hasta 1989. Coincidió con Charo Bañuelos, una matrona que ha abanderado los cambios que han permitido mejorar las competencias de las matronas con un empuje racional y austero; con Charo Garcés que ha sido una matrona más vehemente y muy vital; y con Encarna Medialdea, que significaba el punto de equilibrio. Era una mujer católica que utilizaba los valores que tenía interiorizados para aceptar *al otro* y para asumir cosas que ella no podía entender o aceptar, pero las respetaba. Todas ellas habían conseguido que se considerara su trabajo por parte de los ginecólogos que también pasaban consulta: “En vez de acompañar al médico conseguimos que se respetara nuestra tarea: pesar a la madre, escuchar el latido cardíaco, etc. Si alguna vez se metían con nuestro trabajo, les decíamos: *‘Nosotras respetamos tu trabajo, pero tú respeta el nuestro’*”.

En aquellos años se estaba instaurando la Atención Primaria y por parte de la Consellería de Sanitat, se potenciaba el trabajo de las matronas (Consellería de Sanitat i Consum 1990, 1992). Tanto el Programa de Atención a la Madre como el de Atención Integral a la Mujer Climatérica fueron los textos utilizados por las matronas de aquellos años para poner en marcha un trabajo autónomo.

Sus compañeras habían sido promotoras en el centro de especialidades de la Educación Maternal, realizaban talleres de

³⁹⁹ E20.

Climaterio y consulta de Planificación Familiar, pero no era algo que estuviera institucionalizado, sino que se hacía por interés y compromiso con la Consellería y con la atención a la mujer en cualquier etapa de su ciclo vital. Nuestra informante se ocupó de colaborar con el Centro de Salud de La Fuensanta y allí impartía charlas informativas en los institutos de la zona: “Allí aprendí a estructurar lo que tienes que decir y perdí el miedo a hablar en público”.

Años después, mientras seguía haciendo sustituciones hasta obtener la plaza –de enfermera- en propiedad, tuvo la oportunidad de trabajar de matrona de Atención Primaria en Museros durante tres años. Allí pudo aplicar todo lo que había realizado previamente en Juan Llorens pero de una manera distinta, cumpliendo el Protocolo de Atención a la Madre: “La matrona de primaria es un puntal. Hacía control del embarazo, educación maternal, climaterio, etc... Me encontré un grupo de mujeres motivadas y agradecidas por la atención que se les prestaba”. Esta es una reflexión que hace Miragaya:

“Cuando una mujer ha hecho educación maternal se nota en el momento del parto porque es más participativa. Yo les decía que trabajábamos con *armas*, y así cuando se enfrentaran al parto irían utilizando una u otra según fueran necesitando. La distracción, la respiración y la relajación, contribuyen a revertir el proceso doloroso del parto, lo hace mucho más soportable porque la mujer puede ir haciendo cosas para *defenderse*”⁴⁰⁰.

Nuestra décima informante, el primer contrato que tuvo al terminar la carrera fue en Atención Primaria. Inmediatamente la contrataron para suplir la baja de una matrona. Fueron unos

⁴⁰⁰ EMJM.

meses difíciles porque aunque tenía una sólida formación su trabajo se iba a desarrollar en solitario:

“Estuve en Primaria unos 3 meses, en un Centro de Salud sustituyendo a una compañera en Salvador Allende. Aquel centro no llevaba climaterio, pero estaba funcionando la educación maternal. Me sentí un poco nerviosa porque tenía la formación, pero estaba verde en lo de llevar yo sola adelante aquello. Y seguí la consulta, la educación maternal, tal y como lo tenía planificado la compañera. Me resultó fácil adaptarme, aunque no podía comentar mis vivencias con nadie porque estaba sola”⁴⁰¹.

4.7. El ámbito laboral en la docencia

En 1960, cuando se realizó el traslado de la *Sala San Ramón* del antiguo Hospital General al Hospital Clínico, la formación de las enfermeras que seguían la especialidad de matrona continuó haciéndose como en el antiguo, pero ahora con una plantilla de matronas que cumplían escrupulosamente su horario y se implicaban en la enseñanza práctica. En el caso de Isabel Royo su participación se extendía en primer lugar a las estudiantes de matrona enseñándoles las habilidades propias de la especialidad y procurando que cuando una de ellas había permanecido con la mujer durante toda la dilatación, fuera quien atendiera el parto

“Isabel siempre nos insistía en que antes de hacer el tacto vaginal teníamos que tranquilizar a la mujer, diciéndole que procuraríamos no hacerle daño. Luego me enseñó que introdujera los dos dedos por la parte posterior de la vagina y al

⁴⁰¹ EMF.

llegar al fondo había que tocar hacía arriba para encontrar el cuello y poder valorar la dilatación. Yo por mi cuenta aprendí que podía introducir solo un dedo y al llegar al cuello ya me daba cuenta si estaba permeable o no y pienso que eso les hacía menos daño”⁴⁰².

Pero también se implicó en la formación de los estudiantes de ginecología y obstetricia:

“En el paritorio se formaban las estudiantes de matrona. Para aprender la dilatación les decía *abre los dedos, busca el cuello...* Otra cosa era aprender las posiciones, porque eso es más difícil y has de tener mucha más práctica. Recuerdo que tuvimos a un estudiante de medicina que quería hacer la especialidad y era muy pequeño, además tenía la mano muy pequeña. Siempre quería que le dejara reconocer a las mujeres y en varias ocasiones me dijo que estaba en dilatación completa y no era así. A la cuarta vez le dije que buscara otra especialidad porque para ésta no servía”⁴⁰³.

En el curso 1966-67 cuando Pepi Alemany hizo la especialidad las relaciones entre las estudiantes de matrona y los médicos que estaban formándose en Obstetricia eran muy cordiales. Había entre diez y doce partos por guardia y cuando uno de los internos llevaba tiempo sin hacer un parto vaginal, era la misma estudiante la que le cedía la asistencia al mismo. La jerarquía entre ellos no estaba establecida porque todos estaban formándose. Los médicos se ocupaban de enseñarles aspectos relacionados con la sutura:

“Yo tuve la suerte de coincidir en las guardias con el Dr. Bosch y él me enseñó a coser las episiotomías. Él cogía una pinza y

⁴⁰² EPA.

⁴⁰³ EIR.

cuando no lo hacía bien me daba en los nudillos. Me enseñó a hacerlo por planos para que estuviera todo bien unido y luego solo hubiera que dar en la piel unos puntos superficiales. Se hacían puntos simples, nunca de colchonero. Era muy delicado para coser, muy cuidadoso. Después se marchó a Estados Unidos a especializarse en esterilidad”⁴⁰⁴.

Al año siguiente de la inauguración del maternal de La Fe y durante tres o cuatro promociones, las ATS que estaban haciendo la especialidad de matrona pudieron elegir entre hacer las prácticas en el Hospital Clínico o hacerlas en el mismo Hospital La Fe. alguna de ellas estaba contratada como enfermera y, como ya se ha dicho, se le daba permiso para que se ausentara durante el trabajo para asistir a las clases teóricas que seguían impartándose en la Facultad de Medicina. El Dr. Tortajada que dirigía en esos años la formación de las matronas habló con el director del maternal y con la matrona jefa para que se hicieran cargo de las prácticas clínicas de un grupo de alumnas porque el número de partos era mucho más elevado en el Hospital La Fe que en el Hospital Clínico:

“Yo le dije que estaba de acuerdo siempre que todo estuviera arreglado administrativamente. Estuvieron viniendo 3 o 4 promociones. El Dr. Tortajada me dijo que cuando terminara el año yo las tenía que valorar porque él no iba a hacerles ningún examen. El día que las examinaba me pasaba todo el parto con ellas porque yo soy muy rigurosa”⁴⁰⁵.

Con el testimonio anterior podemos comprobar la obediencia debida que tenían las matronas ante los obstetras. Por

⁴⁰⁴ EPA.

⁴⁰⁵ EIR.

supuesto, no se planteaban que la docencia en su profesión podía ser impartida por las mismas matronas, tanto en la teoría como en la práctica. Cuando el Prof. Tortajada instó a Isabel Royo para que fuera ella la que les hiciera el examen de la práctica asistencial, se sintió complacida por ello ya que un superior *le otorgaba* reconocimiento científico.

Durante la mayor parte del tiempo que abarca este trabajo, la formación de las matronas estuvo impartida por profesionales médicos. Hasta 1994 no empezó la primera promoción de Especialistas en Asistencia Obstétrico-Ginecológica (matronas) dentro del nuevo Plan de Estudios. A partir de entonces se estableció por ley que las Unidades Docentes de Matronas estuvieran compuestas por matronas y por médicos, recayendo en éstas la mayor carga teórica, pudiendo afirmarse que las primeras se encargan de impartir la parte del temario que aborda la fisiología tanto en el embarazo, como en el parto y la asistencia al recién nacido en los primeros veintiocho días de vida.

Fina Segarra fue una de las matronas que se encargaron de la parte de la docencia teórica que abordaba la educación maternal durante las tres primeras promociones. Se siente muy satisfecha por haber colaborado, ya que ésta ha sido una demanda reiterada por parte de las matronas: la de formar a sus propias residentes. En la entrevista nos refirió que cuando volvía de dar las clases en la IVESP, se encontraba con médicos que se sorprendían de que las matronas pudieran impartir las clases sin la dirección académica de algún médico: "Yo les decía: *De los asuntos de los cuidados, tanto de niños como de madres, ¿quién sabe más que nosotras? Yo no doy clases de ninguna patología, eso lo dan ustedes. Pero de lo normal y lo natural, lo lógico es que lo demos las matronas*".

Esperanza Ferrer también ha sido profesora de las Matronas Internas Residentes (MIR) durante varias promociones, impartiendo la asignatura teórica de Metodología Enfermera, para profundizar en los contenidos que ya se habían impartido en la formación básica y aplicándolos al ámbito de la especialidad.

El Hospital Maternal La Fe tuvo asignadas cuatro residentes en la primera promoción. Antes de que llegara el momento de que empezaran su rotatorio por el paritorio, hubo varias reuniones entre las matronas que concluyeron con su negativa a aceptar residentes para colaborar en su formación práctica. En dichas reuniones acudían tanto matronas de Atención Primaria como matronas del hospital. Paquita Mocholí recuerda con irritación el cariz que tomaron los debates:

“Desde que estuvimos en la dirección del maternal habíamos hablado mucho de que la formación de las matronas durante la especialidad tenía que estar bajo la responsabilidad de las propias matronas, que nada de irse al Clínico a que Bonilla, Santonja y otros les dieran clase. Cuando se retomó la especialidad hubo una reunión de las matronas de primaria y las de La Fe y tuvimos mucho enfrentamiento. Nunca podré entender que algo por lo que habíamos estado luchando y reclamando tanto tiempo, pudieran dejarlo pasar por otros motivos. Si tenían cosas que reclamar, debían hacerlo. Pero sin dejar pasar la oportunidad de formar a sus propias residentes”⁴⁰⁶.

Los motivos que se alegaron fueron dos. El primero se basaba en que no estaban dispuestas a asumir la docencia si esta nueva función no se reflejaba en algún emolumento económico. Olvidaban que cuando ellas habían realizado su especialización, las

⁴⁰⁶ EPM.

matronas que les enseñaron tampoco habían cobrado debido a que trabajar en un Hospital Universitario implica asumir la docencia. El segundo, tenía que ver con que el seguro que cubre la cuota obligatoria del Colegio de Enfermería no incluía entre sus prestaciones la cobertura -en caso de una denuncia por un parto que hubiera realizado una residente- porque la responsable siempre sería la matrona que estaba atendiendo a la mujer. Este argumento también se demostró que no era cierto porque las enfermeras en formación están colegiadas y, tanto el Colegio de Enfermería como el Hospital Universitario La Fe, tiene un seguro de responsabilidad civil que contempla estos casos.

Rosa Ribes, nuestra séptima informante, durante esa primera promoción ocupaba el cargo de Directora de Enfermería del Hospital La Fe. Según la información que con los años ha podido recopilar, está convencida de que la negativa de las matronas estuvo totalmente manipulada por los médicos:

“Hubo una negativa total por parte de los médicos, y las matronas se dejaron influenciar y comer el terreno [sic]. Ellos no podían tolerar que la formación de las matronas estuviera organizada por las mismas matronas. Tengo entendido que el Dr. Monleón hizo una reunión con todas las matronas y les dijo que como hubiera algún problema con las residentes, las que irían a juicio y a la cárcel, serían ellas. Añadió que no iban a cobrar por la formación práctica de las residentes. Supongo que el Dr. Monleón que era profesor asociado y había impartido clases en la escuela de Enfermería, no digirió con gusto que él no fuera quien se encargara de ello. Para mí fue una situación muy desagradable. Y al que también le dolió mucho fue a Don Joaquín Colomer que me decía: *Rosa, ¿cómo puede ser?*⁴⁰⁷.”

⁴⁰⁷ ERR.

En la segunda promoción de la especialidad, tras meses de debate interno entre las matronas de la institución, con la intervención de la Directora de la Unidad Docente de Matronas y la firmeza con la que el tema se abordó desde la Consellería de Sanitat y la Universitat de València, finalmente se asumió la presencia de las y los residentes de matrona durante su formación en el Hospital La Fe. Desde entonces se incorporó la figura de la tutora⁴⁰⁸, comenzándose con dos hasta llegar a las cuatro que están nombradas en la actualidad.

Una de las matronas entrevistadas, Amparo Montoya, ha colaborado activamente en la práctica clínica de las residentes de matrona tanto en la asistencia a la dilatación y el parto como en el ámbito de Atención Primaria. Para las personas en formación siempre fue algo especial poder compartir con Montoya la forma peculiar de acompañar y atender a las mujeres. Mientras en La Fe lo habitual era medicalizar los partos y seguir un protocolo, nuestra matrona mantenía la dilatación en silencio, la puerta estaba cerrada y era la mujer y su pareja los que dirigían su propio parto. Siempre le pedía permiso a la mujer para que pudiera decidir si quería o no la presencia de una residente y si daba su consentimiento verbal, era la residente la que iba aprendiendo otra manera de atender el parto, siguiendo las explicaciones y recomendaciones de Montoya. Se muestra satisfecha con la formación de las residentes de matrona y mantiene una actitud

⁴⁰⁸ La figura del Tutor ha sido desarrollada legislativamente años más tarde. Según BOE Nº 45 publicado el jueves 21 de febrero del 2008, 'El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate'.

positiva con respecto al presente y al futuro inmediato de la 'Asistencia al parto normal':

"En la asistencia al parto cuando yo empecé a trabajar respetando la evolución natural del parto, era algo poco habitual en la mayoría de los hospitales y yo sabía que algún día eso sería 'lo normal' porque era lo correcto. Las matronas y los ginecólogos más reticentes a estos cambios están a punto de jubilarse y las cosas van cambiando. Cada vez hay más matronas de las nuevas promociones que no se han formado con eso de 'las cosas siempre han sido así'. Cada vez somos más las profesionales que queremos aprender, investigar, cambiar, tenemos curiosidad por la vida, por estar en contacto con personas que trabajan de otro modo y eso hace que la profesión esté en permanente cambio"⁴⁰⁹.

Ma José Miragaya, cuya entrevista ha sido utilizada como novena fuente oral para el contenido de este trabajo, se siente muy satisfecha del cambio que se ha producido entre la docencia, tanto teórica como práctica, antes de 1986 y después de 1994, porque las residentes aprenden a manejarse en otros campos de trabajo propios de la matrona como el control de embarazo, la Educación Maternal, la Planificación Familiar, el Masaje Infantil, los Talleres de Lactancia, los Talleres de Menopausia, todos ellos en el ámbito de Atención Primaria. También saben manejar con soltura la bibliografía, hacer una presentación en Power Point, realizar un trabajo de investigación y hacen la defensa pública del mismo: "Creo que es una formación mucho más completa que les permite tener una postura crítica y saber dónde quieren colocarse en el microcosmos de la sanidad".

⁴⁰⁹ EAM.

Eso hace que en las quince últimas promociones, haya cada vez más matronas que se inscriban en la manera de cuidar a las mujeres que recomienda la OMS. En las clases teóricas la atención al 'parto normal' se aborda desde la fisiología, transmitiendo la seguridad de que el cuerpo de la mujer es poderoso y está diseñado para dar a luz cuando hay un embarazo, y que la mayor garantía de que el final del proceso sea un recién nacido y una madre sanos es, indudablemente, que las profesionales que ayudamos estos procesos dejemos actuar al sistema hormonal según su propio ritmo, que procuremos el máximo bienestar físico para la madre, que respetemos al máximo su autonomía, su libertad de movimientos y su capacidad para tomar las decisiones que considere más adecuadas con su forma de ser. Este tema lo imparten las matronas que forman parte del profesorado de la Unidad Docente, las cuales consideran que las residentes han de adquirir las competencias que les permitan atender un proceso que evoluciona sin complicaciones, de la misma manera que han de saber las medidas que hay que adoptar cuando éste se desvía de la normalidad. Dominan las habilidades del cuidado y saben aplicarlas a todas las esferas que rodean el nacimiento, tanto las biológicas como las psicológicas y sociales. Aun así: "a veces se contaminan del sistema hospitalario y de su forma de funcionar y son refractarias a todo, porque no aceptan lo que les puedas decir". Cuando llegan al Hospital o al Centro de Salud se encuentran con diferentes matronas y cada una tiene su propio estilo de trabajo. Coincidir con diferentes profesionales les hace tener un abanico amplio de modelos para observar e ir construyendo su propia manera de ser. Miragaya nos dice que lo que las matronas pueden transmitir a las residentes en formación, unas veces tiene que ver con prácticas que están avaladas científicamente: "La reparación de la episiotomía o el desgarro y o

la hago con una sutura continua y solo hago dos nudos: uno al principio y otro al final. Pero hay matronas que todavía suturan con puntos sueltos". Otras veces los conocimientos que se transfieren todavía no han sido contrastados suficientemente para que haya bibliografía de consulta. Se trata de un conocimiento empírico que viene de la experiencia acumulada: "Yo sé que algo da buen resultado, es como una sabiduría atávica, algo que has hecho muchas veces y sabes que funciona bien. Por ejemplo, cambiar a una mujer de postura o poner la cuña al revés porque mueve un poco la pelvis"⁴¹⁰.

Sin embargo, Miragaya no está de acuerdo con la planificación de los rotatorios tal y como están estructurados en Valencia, porque se producen cortes formativos: "... cuando se encuentran un poco seguras a la hora de manejar el proceso de parto, se tienen que ir a AP o al período de clases teóricas". La primera experiencia con residentes de matrona fue en el Hospital de Xàtiva, haciendo una mejora de empleo en paritorio. Tuvo como residente a Pepa Santamaría⁴¹¹ que hizo la especialidad siendo ya una profesional enfermera experimentada y con una edad que superaba la media del resto de sus compañeras. Entre ellas se produjo un *feed back* positivo:

"Pepa cuando nos encontramos dice: *Tú eres mi profesora* y yo le digo que ella a mí me ha enseñado muchas cosas. Yo soy peleona y quiero huir en lo posible del intervencionismo y ella tenía información sobre la pelvis, así que juntamos nuestros conocimientos. Las dos pensábamos que había que trabajar con sentido común, buscando siempre el porqué de las cosas. Tuvimos una mujer de parto que estaba con dilatación completa

⁴¹⁰ EMJM.

⁴¹¹ Josefa Santamaría es la Presidenta de la Asociación de Comares de la Comunitat Valenciana. ACCV.

pero la presentación no bajaba y no sabíamos qué hacer. Ella me dijo: *Yo he leído que si le ponemos una tabla, o sea, una base dura y forzamos la otra pala ilíaca, abriremos un poco el isquion y podremos conseguirlo.* Le explicamos a la mujer lo que íbamos a hacer y lo conseguimos. Obtuvimos una satisfacción que no se paga con nada⁴¹².

Nuestra décima informante fue residente de la segunda promoción de Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología: Matrona y desde la cuarta, es profesora de la Unidad Docente de Matronas en Valencia. Cuando la directora de la Unidad la llamó para ocuparse de la Psicología en el embarazo y en el parto, le pareció una oportunidad magnífica para poder plasmar su impronta en un tema que conocía ampliamente por su licenciatura en esa disciplina y se propuso cambiar el enfoque que ella había recibido como discente. Se trataba de contemplar la perspectiva de género, de incluir el aspecto emocional y subjetivo de la propia mujer en la vivencia, no solo del parto sino desde la concepción:

"A mí me habían dicho los tópicos "la mujer está muy blandita", "la mujer se pone triste" y yo empecé a buscar cosas desde el psicoanálisis, desde el género y a mí me apasionaba prepararme aquellas clases. Lo viví como un regalo. En las primeras clases superar el pánico de ponerte delante de las compañeras y compañeros, manejar el reproductor porque teníamos transparencias, no tartamudear, aquello era muy importante porque tuve oportunidad de transmitir lo que sabía y lo que había vivido con mi propia maternidad: una crisis vital de las más importantes que va a vivir una mujer. Y eso era muchísimo

⁴¹² EMJM.

más que vincular los cambios al momento biológico de la concepción, la gestación o el momento del parto⁴¹³.

Salvadora Piñar (E3) manifestó su opinión respecto a la formación que recibieron tanto ella como las matronas que se formaron antes de 1986 y las que reciben las residentes de matrona en la actualidad:

“Nosotras hacíamos muchos partos, es verdad. Pero la formación ahora es mucho más completa, empezando por la carrera de Enfermería. Además, nosotras no pasábamos por centros de salud, ni por Planificación Familiar, ni estudiábamos investigación, ni antropología, etc... Solo estábamos formadas para asistir partos⁴¹⁴.

4.8. Del parto dirigido al parto mínimamente intervenido.

El notable incremento en el número de partos que se atendían diariamente, unido a la seguridad en el manejo de medicamentos e instrumentación en el mismo por parte de los profesionales –matronas y médicos-, hizo que a partir de los primeros setenta del siglo XX la asistencia a los partos fuera totalmente intervencionista. La técnica quirúrgica para la realización de la cesárea estaba muy avanzada y permitía sacar a un bebé con más o menos rapidez cuando el parto se complicaba. Además, se contaba con la seguridad de que en el mismo espacio físico convivían durante las guardias obstetras, matronas, neonatólogos y anestesiistas, de modo que ante cualquier complicación se podía contar con una unidad de cuidados

⁴¹³ EMF.

⁴¹⁴ E3.

intensivos, tanto maternos como neonatales y con un quirófano disponible. El parto se convirtió en un problema potencial. Toda situación podía complicarse, por tanto, había que adelantarse con actuaciones. Cuando una mujer ingresaba se le rasuraba para evitar infecciones en la episiotomía posterior, se le administraba un enema para vaciar el intestino, se le canalizaba una vía venosa para poderle administrar oxitocina sintética, la cual prescribían sistemáticamente los médicos responsables de las guardias para conseguir que gracias al efecto del medicamento las contracciones fueran regulares y de buena intensidad. Como ese ritmo de contracciones hacía que la mujer sintiera un dolor mucho menos soportable que el que provocaban las contracciones espontáneas, había que calmar a la mujer. Se le administraba la denominada Mezcla Lítica para que pudiera tolerar mejor la dilatación. Se realizaba la amniotomía⁴¹⁵ para que la presentación fetal apoyara directamente sobre el cuello uterino. En el período expulsivo se realizaba la episiotomía de manera sistemática porque se creía que de este modo se prevenían los desgarros de tercer o cuarto grado, los prolapsos genitales y la incontinencia que algunas mujeres sufren en la vejez. Si el expulsivo duraba más tiempo del que se consideraba normal se aplicaba la ventosa obstétrica, el fórceps o las espátulas según la pericia del médico que fuera a atender el parto. Finalmente, antes de salir del paritorio, se realizaba un sondaje vesical sistemáticamente para prevenir una hemorragia postparto, lo que hizo que en aquellos años hubiera un incremento de las infecciones nosocomiales. El jefe de la Obstetricia del maternal de La Fe, Javier Monleón, a finales de los sesenta se marchó a Uruguay para aprender de primera mano todo lo relacionado con la monitorización electrónica que había investigado

⁴¹⁵ La amniotomía es la rotura artificial de las membranas ovulares.

el Dr. Caldero Barcia y se trajo un aparato. Para medir la presión de las contracciones al principio se utilizaban métodos algo rudimentarios. Se llenaba un condón con suero fisiológico y se ajustaba a un tubo que también contenía el mismo suero. Fue avanzados ya los años setenta cuando se empezó a generalizar el uso de la monitorización cardiotocográfica en la dilatación para vigilar durante todo el proceso la frecuencia cardíaca fetal. El testimonio de Isabel Royo sobre la forma correcta de atender los partos por parte de la matrona deja clara la jerarquización existente en el ámbito hospitalario, así como la aceptación sumisa de la forma de trabajo impuesta por los médicos en la atención a la dilatación y al parto:

"Primero valorar bien a la mujer, cómo está el parto, reconocer a la mujer para saber cómo está el cuello uterino, cómo está la dilatación y el estado de la bolsa. Por encima de todo hay que valorar las contracciones y saber cómo está el feto escuchando la FCF y, a partir de ahí, estar media hora observando la evolución. Según cómo esté la presentación, la matrona se plantea si es conveniente hacer la amniotomía para que las contracciones se vuelvan más regulares y más efectivas, porque al apoyar bien la cabeza se dilata mejor. Después controlar que no haya demasiadas contracciones para que no se edematice el cuello, eso es una buena asistencia al parto. (...)Pero no podemos olvidar que estamos en un hospital donde se hace dirección médica del parto y eso quiere decir que hay un médico que dice que ese parto se ha de terminar en las mejores condiciones y en el tiempo que él determine. Si el médico dice que hay que romper bolsa, desde luego hay que hacerlo. Hay que poner un gotero con oxitocina y sedar a la mujer cuando sea necesario. Porque un médico no puede dejar en un gran hospital que las mujeres ingresen, esperando que se pongan de parto, pero tampoco las puede dejar en su casa con contracciones. Porque, además, hay que tener en cuenta que un

hospital público ha de ser rentable para los contribuyentes en términos de eficacia. No se puede pagar los gastos de hostelería para una persona durante tantos días por una situación que no tiene ninguna complicación médica”⁴¹⁶.

El Estatuto del personal sanitario de 1973 que venimos citando a lo largo de estas páginas, dejaba bien claras las funciones de las matronas en su artículo 67 en el primer punto: “Ejercer las funciones de auxiliar del Médico cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo en relación con el servicio”. Las matronas que trabajaban en los hospitales durante la década de los setenta y ochenta del siglo pasado tenían interiorizado y asumido su cometido y no plantearon críticas al sistema.

Podemos afirmar que hasta la década final del siglo XX, en el Hospital Maternal La Fe hubo pocos cambios en cuanto a la asistencia al parto. Según P. Mocholí cuando empezó a trabajar de matrona en La Fe pensaba que el parto en el hospital era lo mejor: “Porque trabajabas con seguridad y con profesionalidad”. Eran partos, en principio, muy seguros porque se estaba vigilando constantemente a la mujer. Pero eran poco humanizados, demasiado traumáticos y muy intervencionistas.

“Es verdad que había tanto seguimiento que daba mucha seguridad, pero tenía el inconveniente de que *por esa seguridad* también se intervenía en exceso, se rompía la bolsa, se administraba oxitocina, sedación. Uno de los pediatras, el Dr. Gómez Taylor siempre ha tenido sus reticencias porque decía que a los obstetras, lo que les importaba era que el bebé naciera y llorara. Pero los pediatras sabían que podía haber problemas con algunos de los bebés por tanta intervención”⁴¹⁷.

⁴¹⁶ EIR.

⁴¹⁷ EPM.

Al poco tiempo, Mocholí se dio cuenta de que había que compatibilizar seguridad con humanización en el parto:

*"Eran partos en serie, no había esa intimidad tan importante para la mujer. Yo pensaba: ¿Cómo es posible que una maternidad recién construida tenga los paritorios contruidos con ladrillos grises, como si fuera una cocina? Nosotras le llamábamos el submarino, porque no tenía ventanas, ni luz natural, ni posibilidad de que la mujer pudiera pasear. Incluso cuando le regalaron al Dr. Monleón una especie de mochila para que la mujer pudiera estar monitorizada mientras paseaba, no llegó a utilizarse"*⁴¹⁸.

Esta evolución también fue experimentada por A. Fabra que nos lo relata con otras palabras:

*"Lo normal era hacer episiotomía a todas las mujeres, excepto a aquellas que venían tirando al bebé, que lo habían tenido en el taxi o que no daba tiempo de prepararlo todo y hacérsela. Eso era buena praxis. De entrada gotero, oxiótico, sedación y eso se hacía a todas las mujeres indiscriminadamente. Cuando yo bajé a paritorio me adapté a esa forma de trabajar porque eso era lo que a mí me habían enseñado"*⁴¹⁹.

Fina Segarra nos confirmó la inevitabilidad de la episiotomía según criterios médicos. Pero también encontramos en su testimonio una forma de resistencia utilizada por algunas matronas que, cuando entendían que una orden médica no estaba basada en criterios científicos sino en criterios de autoridad, en vez de utilizar un enfrentamiento abierto con el médico que las hubiera

⁴¹⁸ EPM.

⁴¹⁹ EAF.

dejado en una posición de vulnerabilidad ante la institución, respetaban la orden formalmente, pero actuaban según su propio criterio profesional:

“Desde el principio, los médicos que estaban allí tenían la episiotomía como una parte más del parto y era obligado. Nosotras también estábamos formadas desde esa filosofía: la episiotomía protege de desgarros y es una garantía de que en el futuro no tendrán prolapsos. Recuerdo un día que le atendí el parto a una mujer que era su tercer hijo. Fue muy rápido y muy bien y, por supuesto, no hizo falta episiotomía. Cuando fui a que me pusieran la pauta, el Dr. Maíques me dijo: *Fina, se te ha olvidado poner la episio*. Yo le respondí que no se me había olvidado, sino que no la había hecho. Él, a voz en grito, me dijo: *Que sea la última vez que en mi guardia no le hace la episiotomía a una mujer, sea la gestación que sea*. Pero yo, si creo que no hace falta, no la he hecho nunca. Aunque luego haya tenido que poner en la historia que sí que la he hecho”⁴²⁰.

Las matronas habían sido formadas para dirigir el parto y habían asumido que en la jerarquía hospitalaria los ginecólogos ordenaban y las matronas debían cumplir las órdenes médicas sin cuestionarse nada. Además, este tipo de asistencia les otorgó poder ante las mujeres de parto. En su relación con los obstetras optaron por una resistencia pasiva.

Las mujeres, desde que habían acudido al hospital para dar a luz a sus hijos, llegaban aterrorizadas y no se atrevían a decir nada. Depositaban el poder en el médico, en la matrona, en el equipo sanitario y no se planteaban qué era lo que ellas pensaban. No sabían si podían pensar o decir algo, por tanto, lo que pensaba la matrona o el médico era lo mejor. No les dejaban levantarse, ni

⁴²⁰ EFS.

siquiera para ir al baño. Cuando se les administraba oxitocina las contracciones se volvían casi insoportables y se quejaban y gritaban, pidiendo "hágame algo". Entonces, las matronas que no estaban preparadas para acompañar a la mujer y aguantar su manera de afrontar el dolor, les administraban la sedación, con lo cual todo el poder estaba en sus manos. Este es el testimonio de A. Fabra:

"Y entonces se las sedaba para...medio atontarlas. Esa sería la palabra. Para que no se enterara demasiado. En ese momento estábamos empoderadas, nosotras éramos las protagonistas de la dilatación de esa señora, nosotras nos lo creíamos en esa época. Yo me lo he llegado a creer. Entre que la mayoría de los embarazos no eran deseados y el trato que les dábamos... Yo creo que... deshumanizado. Era lógico que cuando tuvimos la posibilidad, nuestra primera preocupación fuera humanizar el parto"⁴²¹.

El control médico del parto se convirtió para los obstetras en un nuevo paradigma incuestionable según el cual, gracias a la medicación que ellos prescribían y que las matronas administraban, las mujeres podían llevar mejor su parto. Según el testimonio de Fina Segarra:

"Nunca le daban importancia a lo que la mujer podía hacer. Siempre era [la mujer] un elemento supeditado a las pautas que había en el hospital que, en definitiva, era llevar un exhaustivo control con la medicalización correspondiente para prevenir posibles riesgos. Y la mujer no podía decir nada 'cero patatero' [sic], no podía opinar. Y mucho menos la familia"⁴²².

⁴²¹ EAF.

⁴²² EFS.

Otro de los testimonios que confirma esta forma de trabajo nos lo reporta Inmaculada Coltell, que después de conseguir su plaza de matrona en el Hospital Virgen de la Arreixaca en Murcia, pidió el traslado a su ciudad natal y en 1981 se reincorporó al Maternal de La Fe:

"Entonces estaba todo muy protocolizado y no se individualizaban los cuidados en función de las necesidades de cada mujer, es decir, la gestante ingresaba y los médicos prescribían la pauta que se cumplía punto por punto –enema, rasurado, vía canalizada, administración de oxitocina, monitorización, amniotomía, sedación, etc.-. Sin embargo, hoy en día evaluamos si se requiere o no y antes lo cumplíamos religiosamente [sic], independientemente de si se necesitaban o no –episiotomía, aspiración de secreciones al recién nacido, etc..."⁴²³.

Como los controles durante la gestación era algo inusual, si la mujer o su familia no observaban algo que les pareciera de gravedad, en el momento del parto podían presentarse gestantes con problemas actualmente erradicados como la isoinmunización Rh, con eclampsias que acudían en medio de una convulsión o diabéticas que al no haber estado controladas tenían hijas o hijos que llegaban a pesar más de 5 Kg. Eran verdaderas patologías que ponían en riesgo la vida de la madre y del bebé. Eso hizo que estas mujeres que en su domicilio hubieran tenido serios problemas o incluso se hubieran muerto, sobrevivieran gracias a la disponibilidad de todos los medios en el mismo momento que se necesitaban. Esta es la valoración de A. Fabra: "Estas mujeres como venían a parir al hospital, aunque tuvieran problemas muy gordos, se salvaban. Pero no porque se hubiera atajado antes el

⁴²³ E15.

problema, sino porque cuando se presentaba el problema, en el hospital se actuaba”⁴²⁴.

Los primeros ecógrafos no empezaron a utilizarse en nuestro país hasta bien avanzados los setenta, pero todavía no estaban en todos los hospitales. En aquellos años, en Valencia había un ecógrafo en la Clínica La Cigüeña y cuando un médico necesitaba averiguar si el feto estaba vivo, o sospechaba que podía tratarse de un embarazo ectópico, de una placenta previa, o de un embarazo gemelar, enviaban allí a la mujer para que la ecografía fuera realizada por un ginecólogo que se había formado en el manejo de dicho aparataje.

La mayoría de partos eran espontáneos, de mujeres jóvenes o de multíparas con lo cual, el número de inducciones era muy bajo y la mayoría se indicaban cuando había que terminar un embarazo cronológicamente prolongado. Sin embargo, las inducciones eran temidas por las matronas porque para las mujeres significaban un largo e incómodo proceso. Se iniciaban a primera hora de la mañana y duraban hasta las diez de la noche. Entonces se les retiraba el gotero con oxitocina y volvían a subir a la planta para bajar otra vez a paritorio, a la mañana siguiente para instaurar la segunda inducción. En aquella época no se hidrataba a las mujeres mediante una perfusión, ni se les permitía beber, solo se les mojaban los labios con una gasa empapada en agua. Se hacía de este modo para conseguir que la mujer tuviera un parto vaginal.

A finales de los años setenta se habilitó el paritorio 8 como una unidad de fisiopatología fetal. Allí se inducía a las mujeres de alto riesgo que, como hemos comentado anteriormente, padecían una de las tres patologías más comunes de aquellos años:

⁴²⁴ EAF.

diabetes gestacional, isoinmunización Rh o pre-eclampsia. Para las mujeres era incomodísimo porque se las instalaba en una camilla o mesa de quirófano dura, donde pasaban hasta doce horas y si no se ponían de parto, volvían a su habitación hasta el día siguiente para volver a iniciar el mismo proceso del día anterior. Aquellos casos servían posteriormente para que los médicos encargados de esta unidad –Javier Monleón y José Mínguez, entre otros-, obtuvieran datos que después publicaban en artículos científicos. Cualquier matrona del paritorio no podía hacerse cargo de este proceso, sino que era el médico quien elegía a la que le parecía más conveniente. Hay una coincidencia total entre las matronas entrevistadas sobre la extraña situación que provocaba este hecho. Veamos el testimonio de Amparo Fabra:

“Los médicos que llevaban la unidad de fisiopatología se acercaban al estar de las matronas y veían quienes estaban de guardia para elegir, según su criterio, a la que estaba mejor preparada. Era como ser elegida en un concurso. Solían elegir a las más jóvenes”⁴²⁵.

Otro testimonio que confirma esta peculiar forma de funcionamiento, es el de Fina Segarra:

“Estaba el paritorio 8 que era de alto riesgo. Allí los médicos elegían a la matrona que querían que se hiciera cargo de la mujer. Escogían a M^a Ángeles Alcalá, Rosa Gas, Chelo Albeldo, Pepi Alemany y yo también entraba a veces. Preferían a matronas que trabajaban con ellos porque pensaban que eran más fiables. Por un lado te daba prestigio que te eligieran porque te valoraban, pero por otro te fastidiaba porque tenías que estar todo el turno con el Dr. Monleón, el Dr. Mínguez o el

⁴²⁵ EAF.

Dr. Plana y no solo tenías que estar pendiente de la mujer, sino de lo que ellos iban pidiendo⁴²⁶.

Esta unidad dejó de funcionar a mitad de los ochenta porque las inducciones ya se hacían en cualquier dilatación y el proceso solo duraba un día, siendo responsabilidad de cualquier matrona o médico que estuvieran de guardia. Sin embargo, la episiotomía seguía haciéndose sistemáticamente a todas las mujeres de parto por 'indicación médica':

"Durante los años ochenta se hacía siempre episiotomía. No se dudaba. Hasta en el caso de que fuera una quinta gestación con un periné flexible, tenías detrás al Dr. Mahiques diciéndote: 'haz episio, haz episio', y a ti te dolía en el alma, pero lo hacías. A veces, cuando estábamos solas no la hacíamos pero encima siempre íbamos con miedo. Se distinguía entre episiotomía 'de matrona' que era pequeña y episiotomía 'de ginecólogo' que era enorme"⁴²⁷.

En aquellos años había pocas inducciones, casi todas las mujeres ingresaban en paritorio en periodo activo de parto. Tampoco se presentaban tantas distocias⁴²⁸, ni malas posiciones fetales y los partos de nalgas se realizaban por vía vaginal. Nuestra informante E9 trabajó en el paritorio del Hospital La Fe en 1990 después de haber trabajado en distintas maternidades de Cataluña y recuerda que "quedé impresionada con lo intervencionistas que eran los profesionales, la mujer no tenía acompañante, había

⁴²⁶ EFS.

⁴²⁷ E3.

⁴²⁸ Distocia significa parto difícil. Puede ser debido a contracciones uterinas incoordinadas, a una mala posición del feto, a una desproporción cefalopélvica, o a un problema que se presente en el canal blando del parto.

muchos residentes de ginecología y la matrona tenía que seguir las indicaciones del ginecólogo. No tenía autonomía en su trabajo”.

M^a José Miragaya aportó una reflexión que nos ayuda a comprender las reticencias de las matronas para apartarse del camino de la intervención en el parto. Como consecuencia de las clases teóricas impartidas por los ginecólogos, el parto era una situación que siempre podía complicarse. Por tanto, había que actuar como si ya fuera algo patológico y cuando se recibía a la gestante, casi antes de hablar con ella, se le ponía el monitor, se le administraba un enema, se le rasuraba y se canalizaba una vía venosa. Las acciones se aplicaban directamente ‘por si acaso’, sin tener en cuenta que casi el noventa por ciento de los partos son normales y evolucionan sin ningún problema. Y se olvidaba que, además de que todo salga bien, las mujeres esperaban abrazar a su hija o a su hijo en cuanto nacía. Este es el testimonio aportado de los primeros años en el paritorio de La Fe en 1986:

“El parto siempre dirigido, todo mecanizado, como a los profesionales nos interesa que funcione. Sin pensar en la mujer. De alguna manera cuesta mucho alejarse de lo aprendido y todavía nos resulta secundario pensar en la mujer. Damos por hecho que ella quiere que ‘le pongas’, que ‘le dirijas’ y que no tiene que elegir y tomar decisiones. Cuando hablamos de nuestro trabajo diario nos referimos como ‘la he parido yo’. Seguimos manejando los tiempos nosotros, tanto los médicos como las matronas”⁴²⁹.

Nuestra informante, como cualquier otra matrona que perteneciera a las distintas generaciones que habían sido formadas por obstetras, cuando terminó la especialidad estuvo encantada de

⁴²⁹ EMJM.

que le dieran un trabajo temporal –una sustitución- en el paritorio de La Fe. Era el contacto inicial con el hospital valenciano donde más partos se hacía: “recién terminada lo que quieres es hacer muchos partos. Te interesa la ejecución, la acción y no tanto la valoración y la reflexión”. En la siguiente sustitución, comenzó a realizar la Educación Maternal y comprendió los vacíos que percibían las mujeres que habían sido muy bien atendidas en la parte técnica, pero habían tenido sensación de soledad o de abandono: “Venían puérperas que te contaban cosas y te tocaban un poco la moral”. Esta toma de conciencia fue el detonante para empezar a trabajar de otra manera. Siguió con la temporalidad y los trabajos en distintos hospitales comarcales o más pequeños que La Fe: el Hospital Dr. Peset, el Hospital de Sagunto, el Hospital de Xàtiva, donde pudo ir insinuando y poco a poco aplicando su manera de entender el papel de la matrona. Se trataba de ser una profesional más humana, que entendiera la necesidad de las mujeres de participar de una manera más activa en su propio parto: “No manejar tanto a la mujer y no mandar tanto en el proceso de parto. Se trataba de hablar con ella y de ir explicándole lo que pensábamos hacer, de pedirle su colaboración, con lo cual la atención era mucho más cercana”⁴³⁰.

Miragaya, como cualquier profesional con una sólida formación académica, es consciente de la importancia de los avances producidos en Obstetricia y que aplicados en los partos de alto riesgo han contribuido sustancialmente a que los índices de mortalidad materna en nuestro país sean similares a los de nuestro entorno en los países desarrollados:

⁴³⁰ EMJM.

“Cuando yo empecé, el parto estaba muy medicalizado, pero la medicina ha avanzado mucho durante los años que han pasado desde que obtuve el título y se ha tecnificado todavía más. Y es cierto que cada vez hay más procesos patológicos que se tienen que resolver en un hospital de referencia como el nuestro”⁴³¹.

A finales de los noventa, las matronas aceptaban la presencia del padre alejadas del miedo que habían tenido cuando esta medida empezó a hacerse efectiva hacía casi quince años, donde lo veían como un intruso que venía para interrumpir su trabajo y les molestaba. M. José Miragaya nos hizo patente el sexismo que imperaba todavía en algunas matronas que no querían dejar pasar a la pareja porque llevaba pantalón corto: “Ya ves que contradicción. Había médicas que llevaban una falda y encima la bata blanca y podían pasear por la dilatación y el paritorio sin problema. Y también tendrían sus pelos, digo yo”. Y otras matronas que lo asumieron como algo inevitable pero verbalizaban su rechazo: “Total, las mujeres no les hacen ni caso”. Cada uno tiene sus características y se muestra más o menos implicado en el proceso: “Yo creo que dependía mucho del nivel económico y social de la persona. Pero en sentido inverso. Cuando más elevado era el nivel, más lejano se mostraba en la vivencia del proceso.” Pero la realidad era que las parejas estaban juntas por voluntad y querían compartir las experiencias vitales. Cada vez se observaban más padres que participaban con agrado y consideraban algo suyo acompañar a su pareja y cuidar del bebé. Pero también estaban los más clásicos que no sabían cómo comportarse en un ambiente que desconocían. Y ahí es donde la matrona tenía un papel, integrándolos en el proceso mediante la

⁴³¹ EMJM.

comunicación que se establecía durante las horas que la gestante estaba en la dilatación:

"Yo les mandaba muchas cosas cuando estaban en dilatación, incluso de ayudarme. Porque no era solo un agente pasivo que estaba allí para dar apoyo psicológico. Había que implicarlo en todo lo que se hacía porque el parto se alargaba en el tiempo y ellos necesitaban sentirse útiles, tener una misión"⁴³².

Si queremos contemplar todo el abanico de posibilidades que se presentaron aquellos años, también debemos incluir la postura de algunas gestantes que no eran perceptivas a esta situación de compartir vivencias entre la pareja, eran mujeres con una idea tradicional del papel que tenían el hombre y la mujer. Eran las que pensaban que debían estar allí por obligación, porque *las habían dejado embarazadas*. En ese caso el trabajo de la matrona requería esforzarse aún más en la integración del varón y en que la mujer lo considerara como algo importante: "Qué bien, como te está ayudando", en darle alguna responsabilidad para que se sintiera útil: "Yo les decía 'mira, voy a tomar un café y te dejo a ti de responsable. Si suena alguna alarma, sales y nos lo dices'". Es fundamental que se sintiera una pieza importante en el parto, que cuando naciera le pusiera el pañal al bebé, que supiera cómo tenía que curar a su pareja si llevaba puntos en el periné: "Se trataba de apoyar esa presencia y dotarla de contenido".

Hubo médicos y matronas que lo vivieron como una agresión y solían ser los profesionales que tenían más poder y reaccionaban con un 'que nadie cambie nada'. Otras y otros

⁴³² EMJM.

profesionales lo vieron como una oportunidad y pensaron que las cosas podían cambiar, pero se planteó una crisis.

“Quienes tenían el poder se defendían y reaccionaban con rigidez porque lo vivieron como una agresión a las normas impuestas por ellos. Porque no entendían que la mujer planteara la forma en que quería que se atendiera su parto y el personal llegaba a sentirse agredido porque la mujer ‘quería saber’. Pero con el tiempo las cosas se fueron suavizando”⁴³³.

Desde luego quedaba mucho por hacer porque no todas las matronas tenían la conciencia de que eran una profesión que trataba con mujeres y que debería haber existido consenso en que era competencia suya defenderlas con firmeza ante cualquier profesional que, sin una razón médica de peso, interfiriera en los deseos y las decisiones de éstas. Solo se nos ocurren dos razones que podían justificar esta actitud, la primera sería que se habían supeditado completamente a la jerarquía médica y la segunda, que como una buena parte de esta sociedad, consideraban que ayudar a otra mujer no era una actividad lo suficientemente importante.

4.9. Las relaciones entre matronas y médicos en el ámbito hospitalario.

Como venimos argumentando a lo largo de estas páginas, no hubo enfrentamientos entre médicos y matronas por el reparto de competencias que se había establecido respecto a quienes daban las órdenes dentro del hospital y quienes habían de cumplirlas. No obstante, algunas matronas sí que tuvieron que

⁴³³ EMJM.

mostrarse firmes cuando experimentaban un exceso de poder en las decisiones tomadas por parte de los médicos. En función de los testimonios recogidos mediante las entrevistas, tenemos que afirmar que dependió del carácter de las matronas y de la habilidad que tuvieran para defender sus juicios. En el caso de Isabel Royo fueron varias las ocasiones a lo largo de su vida en las que manifestó su opinión, siempre con carácter profesional, al médico que estaba actuando de manera incorrecta según su parecer. El primer ejemplo lo encontramos cuando era estudiante de matrona:

"Daniel Fernández se había formado en América y le gustaba terminar todos los partos con fórceps. Yo siempre me oponía y le decía que eso era una barbaridad, primero porque para poner las ramas del fórceps se necesita hacer una episiotomía mucho más grande y segundo, porque uno aprende a diagnosticar bien cómo está la cabeza, pero eso no siempre es exacto y tenía que sacar las ramas y volverlas a poner"⁴³⁴.

La siguiente ocasión fue siendo ya matrona, cuando trabajaba en el Hospital Clínico y en la asistencia privada:

"Yo siempre he dicho lo que pienso sea a quien fuera y me he sentido respetada. Por encima de todo, tu trabajo tiene que tener seguridad y si no es así tienes que decirlo. Me pasó con alguien que me llamó para ayudarlo a quirófano. Yo pensé que era para hacer de instrumentista, pero era para ser su ayudante en la intervención. Le dije que no me volviera a llamar. Cuando digo lo que pienso me veo respaldada por la razón"⁴³⁵.

⁴³⁴ EIR.

⁴³⁵ EIR.

Otro ejemplo en el que mostró con firmeza su opinión se presentó a los dos días de empezar en el Hospital La Fe, en 1971 y con el primer Director de la Ciudad Sanitaria. Hay que estar muy segura de una misma y muy revestida de razón para atreverse a contrariar al que entonces era la autoridad sanitaria del centro:

"Cuando llegué el Dr. Evangelista me dijo *Usted se va a encargar de organizar la maternidad*. A los dos días yo me di cuenta de que trabajar allí iba a ser imposible por distintas circunstancias. Y sin pensarlo dos veces, volví a hablar con él y le dije: *Mire, le dejo mi plaza porque yo no estoy dispuesta a trabajar con... y con...* Eran personas que no eran de la maternidad pero que las mandaban allí sin que yo entendiera porqué. Él me dijo que no me preocupara porque no volvería a suceder. Y así fue. (...)Pero a mí, cuando una situación no me gusta lo digo. Y yo no podía tolerar que vinieran personas que no tuvieran la formación adecuada para trabajar en el hospital. Yo, es posible que para desgracia mía, aunque no lo echo de menos, no se negociar"⁴³⁶.

La última reflexión que quiso manifestarnos la que fuera la primera matrona jefa del Hospital Maternal La Fe respecto a las relaciones entre las matronas y los médicos, es representativa de la forma de pensar de la mayoría de matronas que trabajaron en los años de nuestro estudio:

"Yo creo que conflictos entre los médicos y las matronas habrá toda la vida. Y más en un centro donde hay residentes de medicina. Porque hay algunos que son muy prudentes, pero otros no tanto. Y el hecho de haber acabado medicina, que es muy loable, no les proporciona la experiencia que puede tener una matrona con varios años de trabajo al lado de la mujer. Ella

⁴³⁶ EIR.

no ha estudiado los seis años de medicina, pero es probable que lleve más de seis años trabajando y sabe mucho más de un parto de lo que pueda saber cualquier residente. También ha habido el problema de que algún médico se haya impuesto, en el sentido de *ponle esta medicación porque te lo digo yo*. Supongo que eso es una constante y seguirá pasando todavía”.

La relación entre los ginecólogos del Hospital Maternal y la Subdirección de Enfermería se resintió gravemente durante el período de 1983-84, cuando las profesionales que ocuparon dichos cargos eran mujeres menos sumisas y con una idea muy distinta a la de I. Royo sobre la jerarquización entre los distintos profesionales que realizaban su trabajo en el hospital. Fueron meses de continuos enfrentamientos y de difícil negociación, ya que los unos no querían perder ni uno solo de los privilegios de los que disponían y las otras, no estaban dispuestas a dar ni un paso atrás que significara renunciar a su programa de democratización de las relaciones cuasi autoritarias que habían estado padeciendo hasta entonces. Uno de los enfrentamientos más duros lo recuerda P. Mocholí de la siguiente manera:

“Tuvimos un enfrentamiento importante con la dirección médica cuando introdujimos la posibilidad de que las mujeres que estaban ingresadas pudieran acudir a la educación maternal. Los médicos estaban acostumbrados a que las mujeres estuvieran en la cama y las matronas en el control. Por eso, cuando subían a pasar visita y las mujeres estaban en una sala haciendo respiraciones, no lo podían soportar. Tuvimos varias reuniones con la dirección médica, con discusiones fuertes, hubo que cambiar los horarios, pero al final algo conseguimos”⁴³⁷.

⁴³⁷ EPM.

Este fue uno de los primeros escollos que tuvieron que superar. El segundo, vino motivado por la decisión de planificar la entrada de los maridos al parto. Mientras el parto evolucionara con *normalidad*, las que tenían que confrontarse con una presencia totalmente ajena hasta entonces al medio hospitalario eran las matronas. Pero cuando se presentaba cualquier complicación en la evolución del proceso de parto, el médico realizaba un juicio clínico y tomaban la decisión sobre la forma de resolverlo. En el momento del período expulsivo, la decisión era instrumentar el parto. Y, por primera vez, se planteaba que la ejecución de estas acciones fuera vigilada por un observador extraño que incluso podía alterar el orden habitual del espacio e, incluso, cuestionar la forma en que se realizaban determinadas maniobras. Fue un tema difícil de negociar porque los médicos argumentaban razones de tipo más o menos científico que, aunque pudieran rebatirse, seguir en ello hubiera significado llegar al terreno de la mala educación:

"Los médicos se negaban en redondo a que entraran los maridos porque decían que era un espacio quirúrgico, que podían tocar los paños, que podían desmayarse al ver sangre. En fin, que no querían de ninguna manera. Y las mujeres lo pedían constantemente. Claro, hubiéramos podido contraargumentar diciendo que el parto no es una enfermedad o una patología, que cuando asistían sus partos en la privada sí que dejaban entrar al padre, que los padres tenían derecho a estar con sus mujeres en ese momento tan importante, etc... Finalmente, tuvimos que aceptar que entraran solo cuando era un parto espontáneo. Nuestra "jurisdicción" empezaba y acababa con la enfermería y no podíamos obligar a los médicos"⁴³⁸.

⁴³⁸ EPM.

Respecto a las relaciones entre las matronas y los ginecólogos P. Mocholí dice que es difícil generalizar y lo expresa de la siguiente manera:

“Hay de dos tipos. Por un lado, los médicos más antiguos como Monleón o Llixiona, con ellos la relación siempre ha sido jerarquizada y de autoridad: *Señorita, tiene que poner la pauta que yo le he mandado*. Y por otro, los médicos que entonces eran más jóvenes con los que teníamos una relación de equipo, pensábamos de una manera similar y teníamos una relación muy buena que aún recuerdo”⁴³⁹.

Otra de nuestras informantes, Rosa Ribes, nos aporta su opinión, sin referirse a problemas que haya tenido personalmente, sino los que ha percibido por las manifestaciones de autoridad de los médicos del paritorio:

“Siempre luchando por no dar marcha atrás. Y todavía ahora se continúa luchando. En el momento en que hemos demostrado que queríamos más autonomía en nuestro trabajo, o que solicitábamos la Epidural como algo que se tenía que administrar a la mujer que lo solicitara, pues nos castigaban y había que ir cada vez a solicitar que prescribieran la Mezcla Lítica. No podían soportar que funcionáramos con autonomía en la asistencia al parto normal que es para lo que estamos formadas y nos avalan todos los organismos de salud”⁴⁴⁰.

A lo largo de los años estudiados, podemos constatar que los médicos han seguido mandando en el Paritorio del Hospital La Fe y la última palabra no ha sido consensuada, en general, con la

⁴³⁹ EPM.

⁴⁴⁰ ERR.

matrona que llevaba la evolución de un determinado parto, sino que la han tenido ellos. Esta es la opinión de Maite Dasca:

"No se puede decir que tuviéramos autonomía porque siempre podía aparecer por la dilatación el médico y decir que 'ese parto se instrumentaba' o que 'pasaras a la mujer a paritorio' para que empujara. Te llevabas bien pero ellos mandaban y tomaban las decisiones que había que cumplir"⁴⁴¹.

Como consecuencia de esto, el trabajo de la matrona ha estado supeditado, y su autonomía ha llegado, bien hasta donde los médicos han permitido, o bien hasta donde cada matrona se la haya podido forjar. Según nuestra novena informante, en ocasiones dependía de la relación personal:

"A veces depende de la confianza que tú puedas tener con el médico. En ese caso, aunque consideran que el parto normal es cosa de ellos, te 'dejan' llegar hasta determinado grado de autonomía. Pero la delegan 'por ser vos quien sois'. Y ahí estamos, luchando, porque yo creo que nosotras somos las garantes de los intereses de la usuaria y los médicos tienen otros intereses clínicos. Y en muchos casos se producen confrontaciones"⁴⁴².

Como estamos comprobando a partir de los testimonios obtenidos de nuestras informantes la relación de las matronas con los médicos era de "sumisión al ginecólogo, siempre había que hacer lo que él mandaba. La matrona no tenía libertad de decisión y muy poca autonomía"⁴⁴³.

⁴⁴¹ E20.

⁴⁴² EMJM.

⁴⁴³ E20.

Pero hay poco consenso, poca unión entre las matronas del paritorio de La Fe, para unirse en un frente común para defender los derechos de las mujeres en la asistencia de sus partos. Cada vez hay más profesionales que trabajan con respeto a los tiempos del parto y son poco intervencionistas, pero en La Fe trabajan muchas matronas y es difícil llegar al acuerdo y a la unificación de criterios, respetando al mismo tiempo la individualidad de cada matrona. Así lo percibe M^a José Miragaya:

“Pero en la Fe somos muchas personas y yo en mi turno veo en mis compañeras un doble mensaje. Hay matronas que quisieran hacer las cosas así pero que están muy sometidas a los intereses de los facultativos y les parece más interesante llevarse bien con ellos que plantearles cuál es su opinión. En nuestra profesión hay poco corporativismo, entendiéndolo como tener una unidad de criterios y mostrarnos como una piña [sic] para la defensa de nuestro trabajo”⁴⁴⁴.

En algunos casos no se han producido conflictos abiertos, sino que las matronas han utilizado alguna estrategia para conseguir que el parto siguiera su curso normal sin tener que depender de los tiempos prescritos –en ocasiones, poco contrastados con la literatura científica– y del criterio de los obstetras del Paritorio. Cuando una gestante alcanza la dilatación completa, hay que esperar a que se produzca el descenso pasivo de la presentación fetal antes de indicarle que empiece a empujar. Cuando esto no se respeta se incrementan las posibilidades de que haya que instrumentar el parto. Para evitar esta situación es habitual que, si el médico pregunta cómo está de dilatación, la matrona responda que todavía no ha llegado a los diez centímetros

⁴⁴⁴ EMJM.

para evitar las prisas y que se pueda producir este mecanismo de manera fisiológica.

En este punto consideramos oportuno hacer una aclaración sintáctica que puede parecer innecesaria, pero nos permite introducir una reflexión sobre la actitud que mantienen -muchas- de las mujeres médicas especialistas en Obstetricia y Ginecología. A lo largo del texto hemos reiterado el término 'médico' cuando queríamos referirnos a los profesionales -tanto varones como mujeres- que ejercen la profesión de la medicina. La razón que nos hizo tomar esta decisión está relacionada con el período estudiado. Solo a partir de finales de la década de los ochenta del siglo veinte la presencia de mujeres médicas en la especialidad de Obstetricia y Ginecología en el Hospital La Fe, pasó de ser meramente testimonial a tener cierta relevancia. Por ello, existía un sentir general entre las matronas de que las médicas actuarían de una manera distinta y se relacionarían con las mujeres de parto con más empatía y respeto que como lo habían hecho sus compañeros varones. Pero no fue así.

"En cuanto a los facultativos, esa misoginia [sic] que tradicionalmente han mostrado hacia la mujer en el servicio de ginecología, ahora me resulta más dolorosa porque la ejercen las propias mujeres médicas. Cada vez observo que hay más residentes mujeres que casi por norma están denostando a las de su propio sexo, incluso en el momento del parto que muchas de ellas han vivido. Me parece algo incomprensible. En vez de aliarse con las mujeres para ejercer esa profesión que tiene que ver con el parto, se distancian y se revisten con las formas y la autoridad de los médicos varones. No han sido capaces de imponer un estilo propio que tenga que ver con su forma de ser como mujeres"⁴⁴⁵.

⁴⁴⁵ EMJM.

Las mujeres que se incorporaron, imitaron la forma masculina de entender el parto y siguieron sin respetar los ritmos espontáneos, manteniendo el mismo interés que sus compañeros en aplicar la Ventosa Obstétrica, los Fórceps o en realizar una Cesárea.

Por eso la reivindicación de las matronas está dirigida hacia su total autoría en cuanto a los partos normales llamados de bajo riesgo, tanto durante el embarazo como durante la dilatación y el parto. Siempre que una usuaria plantee que desea que su parto evolucione de una manera fisiológica, la matrona es la garante de que así sea. Estas mujeres tienen claras sus preferencias y desean que se les explique a lo largo del proceso lo que se les está haciendo, por qué les realizan un tacto vaginal, por qué se les pone un monitor cardiotocográfico, por qué no pueden beber agua o por qué se le aumenta la perfusión de oxitocina. Ese es el espacio de la matrona. Pero aún más, porque en muchas ocasiones no se atreven a preguntarle directamente al médico o la médica que ha hecho una indicación sobre su parto:

"Puede pasar una médica o un médico e indicar realizar un Ph o hacer una cesárea. Y la mujer en vez de preguntarles a ellos el por qué, solo es capaz de planteárnoslo a nosotras. No se atreven a preguntar porque están acostumbradas a que no se les explique nada. Yo procuro sembrarles el que se cuestionen lo que se hace con su cuerpo y que pregunten lo que consideren, no solo a nosotras, sino a los médicos"⁴⁴⁶.

Porque la base para poder tomar una decisión es disponer de información suficiente y correcta. Por supuesto en el caso de

⁴⁴⁶ EMJM.

que estemos hablando de un proceso sin complicaciones, pero también cuando se trata de un parto con problemas, porque no se trata solo de que la madre y el hijo o la hija estén bien, sino del camino para llegar a ello.

“El trato y la información que les proporcionamos a las mujeres es lo que hace que nos consideren un apoyo, sus valedoras ante la *grandeza* del sistema sanitario. Se establece una enorme empatía entre la gestante y la matrona y esto hace que el parto pueda evolucionar mejor”⁴⁴⁷.

Aunque no evolucione hacia un parto vaginal y tenga que acabar en cesárea, ese trato hace que la gestante lo viva de manera positiva. Esta forma de atención supone invitarla a levantarse, explicarle que va a estar acompañada en todo momento:

“Porque muchas de las quejas que recibí cuando estaba en primaria se referían a la soledad que sintieron durante el parto, bien porque la matrona se ausentaba o bien porque aunque estaba con ella ‘no le hacía ningún caso’ [sic] No es una sensación física, es sentirse acompañada”⁴⁴⁸.

Transmitirle la seguridad de que va a ser ayudada en todo momento y que se facilitará el cumplimiento de su voluntad: “Puede estar acompañada de quién ella desee, el monitor lo puede llevar de manera intermitente –en la medida en que la institución lo permita–”. Otra de las estrategias que se han visto obligadas a adoptar –como consecuencia de no haber podido convencer mediante la argumentación de sus ideas–, ha sido la de ofrecer a

⁴⁴⁷ EMJM.

⁴⁴⁸ EMJM.

las gestantes la posibilidad de beber agua durante el trabajo de parto, sin poder hacerlo público:

"O el beber agua, porque esto depende de mí y aunque vengan a decirme algo, yo tengo argumentos para rebatírselo al anestesista. Y, si no lo aceptan y argumentan: '*pero, ¿y si pasa algo?*', en cuanto se giran les digo a las mujeres que beban un sorbo de agua, que no pasa nada. Incluso saltándome la norma"⁴⁴⁹.

Hay normas superiores que avalan el que se pueda beber durante la dilatación si la mujer así lo desea y vienen de las *Recomendaciones de la OMS* (Olsson, GL., Hallen, B., Hambroeus-Jonzon, K., 1986), (Urrutia, MT., Abarca, C., Astudillo, R., Llevaneras, S., Quiroga, N., 2005), (O'Sullivan, G., Scrutton, M., 2003), (Paz, M., Somavilla, MJ., 1999), (Herrera, B., Gálvez, A., Carreras, I., Strivens, H., 2006). Y hay normas inferiores que son las del propio sistema hospitalario. Y en este caso se contradicen y nuestra matrona opta por las primeras. Entre la mayoría de obstetras y de anestesistas pesa más el hábito y la rutina⁴⁵⁰ que cualquier evidencia.

También se han producido enfrentamientos directos entre nuestra informante y algunos médicos. Incluso recuerda una anécdota en la que se enfrentó con el Jefe del Área de Urgencias y Paritorio:

"Porque lo que no puede hacerse es imprimirle velocidad a un proceso que tiene la suya propia, solo por nuestros intereses.

⁴⁴⁹ EMJM.

⁴⁵⁰ La norma hospitalaria que restringe la ingesta durante el período de parto es herencia de un conocido artículo, que dio nombre al problema que se produce cuando hay aspiración de contenido gástrico. (Mendelson, C., 1946).

Quería que hiciera el parto la residente de gine, en vez de que lo hiciera la residente de matrona y la primera divergencia se produjo delante de la mujer porque allí fue donde se produjo la discusión sobre quién hacía el parto. Saqué al jefe y le dije: 'esto no se vuelve a repetir'. Sé que soy la mala de la película pero no puedo callarme. La residente, volvió a entrar varias veces y le tuve que decir que se fuera y cuando estuviera para parir, ya la llamaría"⁴⁵¹.

Esa actitud de insistencia hace que se imprima un ritmo al período expulsivo que no es el deseado por la mujer ni por la matrona. La parturienta, cogía de la mano a nuestra matrona y le decía 'Por favor, defiéndeme. No te vayas'. Esta súplica le ofreció a Miragaya el motivo para enfrentarse a algo que consideraba incorrecto: "Le dije a la médica que lo primero que hay que hacer es presentarse a la mujer y lo segundo pedirle permiso porque ella está en período docente –creo que era una R1- y no había intercambiado ni una frase con la mujer". Otro comentario muy propio de los miembros de la guardia médica es 'Oye, te está ganando la de al lado que va a parir a la mujer antes que tú'. Miragaya contesta: "Es que yo aquí vengo a trabajar y no a ganar una carrera y no es mejor matrona la que acaba antes un parto".

Entre las propias matronas también ha existido una cierta rivalidad velada relacionada con la actitud frente al parto de unas y otras. Algunas de las que se han mostrado abiertamente reticentes a los cambios, han verbalizado que las matronas que atienden el parto de manera menos intervencionista tardan más en conseguir que las mujeres lleguen al período expulsivo asumiendo una manera de trabajar mecanicista. Incluso han tenido la osadía de criticar la formación de otras profesionales que se han formado en

⁴⁵¹ EMJM.

otros países de nuestro entorno, demostrando con ello una falta de información importante respecto a la forma de abordar los partos fuera de nuestra frontera: "Tenemos la visión de que tal y como se hacen las cosas en nuestro hospital es la única manera posible, o por lo menos la mejor. Dicen: 'Fíjate que en Inglaterra las matronas sabrán mucho de hacer partos sin episiotomía, pero no saben llevar una inducción. Ya ves'"⁴⁵².

Nuestra informante E14 se trasladó con plaza de matrona al Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva en 1986, después de haber trabajado en el Hospital de Las Palmas de Gran Canaria y en el Hospital Vall d'Ebron hasta 1979, comprobando que en su último destino las matronas -según su opinión- no tenían la más mínima autonomía. Los médicos siempre estaban cerca indicándole cuál era la actuación que tenía que realizar. Recuerda una anécdota que ejemplifica la relación médico-matrona: "Recuerdo un día en paritorio, un joven ginecólogo se coloca detrás de mí y me dijo: 'Haga la episiotomía'. Yo me giré y haciendo la intención de quitarme los guantes le espeté: '¿tiene usted mucho interés en hacer este parto?'. Entonces salió de paritorio y ya no volvió a entrar"⁴⁵³. Esto también lo expresa otra de las matronas entrevistadas que trabajó primero en el Hospital de Xàtiva y después en el de Gandía: "En ciertos hospitales como el de Xàtiva, el ginecólogo se entromete demasiado en el proceso de parto cuando éste es normal y le gusta tenerlo todo controlado, mientras que en el de Gandía, los médicos respetan más la autonomía de la matrona ante un parto de bajo riesgo"⁴⁵⁴.

⁴⁵² EMJM.

⁴⁵³ E14.

⁴⁵⁴ E13.

Como hemos podido corroborar con el testimonio de nuestra informante E19, durante los noventa, “la relación con los médicos era muy clasista”. En Galicia, igual que en el resto del país, el poder y la autoridad que hacían valer los profesionales médicos sobre las matronas era una constante: “La matrona tenía menos autonomía y era el médico quien decidía prácticamente todo”. Un testimonio contradictorio con lo que hemos estado viendo hasta ahora lo aporta una de nuestras informantes que ha trabajado en el Hospital Clínico de Valencia. Según su opinión:

“En los 80 y los 90 la relación con los médicos era mejor que ahora porque la edad que tenían las matronas y los médicos era más parecida y la comunicación era más fácil. Mi opinión es que como en cualquier profesión hay personas que trabajan muy bien y otras que no llegan a ser buenos nunca”⁴⁵⁵.

La subordinación todavía se mantiene, pero cada vez con menos virulencia. Paulatinamente, se va incorporando la fluidez y el diálogo en las relaciones profesionales gracias a la presencia simultánea de residentes de matrona y de ginecología. Observamos un patrón de relaciones que nos recuerda al que nos relataron Isabel Royo y Pepi Alemany cuando, durante los sesenta del siglo pasado, empezaron a formarse como especialistas en el Hospital Clínico de Valencia tanto las matronas como los obstetras y ginecólogos. Tanto las personas que estudiaron enfermería como las que eligieron medicina en los últimos años del siglo XX han crecido en una sociedad democrática, donde se prevalece más el respeto entre profesionales diferentes que desempeñan su labor

⁴⁵⁵ E22. Entendemos que en esta reflexión se habla de relación ‘social’, que evidentemente, se facilita cuando la edad de las personas es similar. Pero la relación profesional era jerárquica, como se desprende de su testimonio cuando hablaba de la forma de trabajar en el Hospital Clínico.

en el mismo campo, que la imposición de normas por medio de las órdenes emanadas de una jerarquía solamente implícita.

Mayca Fuertes, la décima informante tuvo dos experiencias distintas. La primera fue vivida en el hospital de Alzira, un hospital comarcal con menos personas trabajando en la misma unidad, donde se incorporó al trabajo al mismo tiempo que la mayoría de ginecólogos y establecieron una relación de equipo: "Trabajábamos muy estrechamente con los compañeros, observa que no se me ocurre decir 'con el ginecólogo'. Las decisiones se tomaban conjuntamente, aunque la última palabra fuera la del responsable de la guardia. Confiábamos mucho en la profesionalidad del otro". La segunda, fue el choque tremendo que sintió cuando empezó a trabajar en el paritorio de La Fe, donde había que pedir pauta médica antes de empezar a trabajar, había que dar explicaciones de las actividades realizadas o de los cuidados aplicados y esperar que el equipo médico tomara sus decisiones sin tomar en consideración el criterio de la matrona que estaba llevando durante horas la evolución del parto de una mujer:

"Hay veces que te das cuenta de que algo no está evolucionando y has de esperar hasta que el plazo establecido llegue. Si no, el médico no toma una decisión. Aquí hay que empezar a lidiar con toda la jerarquía establecida, con gente que acaba de llegar al hospital pero que está por encima de ti, a pesar de que tú lleves 10 o 20 años trabajando como profesional. Para mí supuso una crisis personal y profesional enorme, porque La Fe es un hospital muy difícil, muy grande y con un funcionamiento muy peculiar, al menos el paritorio. Las personas que siempre hayan trabajado en el paritorio lo han 'normalizado', porque no conocen otra cosa"⁴⁵⁶.

⁴⁵⁶ EMF.

Fuertes insiste en que la propia manera de trabajar dificultaba respetar la individualidad de cada mujer, impedía poder aplicar un razonamiento crítico y esperar un tiempo para observar si un parto evolucionaba espontáneamente, lo que recortaba sustancialmente su autonomía. Pero también observó que ese funcionamiento tan enquistado podía modificarse poco a poco porque con ella habían contratado a otras matronas formadas en las últimas promociones. Eso hizo que se hayan conformado dos formas distintas de atender un parto: la tradicional, con gotero, oxitocina, monitor y restricción de movimientos y de ingesta y la más razonable, que pregunta a la gestante por su plan de parto y procura respetar las decisiones de la mujer siempre que el proceso evolucione sin ninguna complicación.

“Cuando yo vine a la Fe era momento de OPE [Oferta Pública de Empleo] y se renovó el 30% de la plantilla. Eso permitió que ya no fuera todo tan inamovible porque vinieron matronas con otra formación y sin ideas condicionadas por la forma de trabajar sistemática de un centro. Eso nos permitió que hubiera un cierto movimiento y plantearnos otra forma de trabajo. Es cierto que las matronas ‘de siempre’ respetan lo que hacemos, no se meten con nosotras, pero no entienden nada. Igual que nosotras no entendemos su forma de trabajar”⁴⁵⁷.

Nos parece importante reflejar la reflexión que nos hizo M. José Orengo, una de las matronas que trabaja en un Centro de Salud en Gandía y pudo valorar la reacción de los ginecólogos respecto a las matronas cuando éstas empezaron a controlar el embarazo de las gestantes de una manera pautada y apreciaron una merma de sus beneficios económicos:

⁴⁵⁷ EMF.

"Nuestro trabajo estaba muy mal visto por los ginecólogos que tenían consulta privada. Como al principio no tenían ecógrafos en la consulta, entre nuestro control del embarazo y el suyo no había ninguna diferencia. Solamente que las matronas no cobrábamos esa consulta porque formaba parte de nuestras competencias. Entonces los ginecólogos criticaban a las matronas y decían que lo que hacíamos 'era una tontería'. A mí, en concreto, me respetaron bastante porque mi primer marido era el odontólogo más famoso de Gandía y todos ellos eran clientes suyos y no les interesaba crear mal ambiente. En aquella época primera tuvimos que luchar bastante y reunirnos muchas veces entre nosotras para conseguir una mayor autonomía"⁴⁵⁸.

4.10. Prestigio y reconocimiento de las matronas: las mujeres y los médicos.

El prestigio en una profesión viene determinado por el reconocimiento del trabajo que se realiza. En el caso de las matronas, lógicamente, tiene dos vectores. El agradecimiento mostrado por las mujeres que es un indicador de la empatía que se ha establecido entre la matrona y la mujer de parto y también de la medida en la que la mujer ha percibido el apoyo y la seguridad ofrecidos por la actuación profesional. Si nos referimos al estamento médico, dicho reconocimiento se reflejará en la medida en que las decisiones e iniciativas derivadas del ejercicio de su profesión que las matronas ejercieron y ejercen, son respetadas pública y privadamente por éstos.

En ese sentido, les preguntamos a las matronas entrevistadas que nos indicaran algún ejemplo que pudiera

⁴⁵⁸ E30.

respaldar su percepción para así poder valorar si había coincidencias –o no–, en los distintos testimonios.

Isabel Royo se mostró parca y concisa en los ejemplos que para ella habían resultado significativos y que le hacían pensar que su relación con las mujeres había sido de confianza y reconocimiento de su labor profesional. El primer caso hace referencia a la asistencia privada y el segundo a la asistencia pública:

“Un día estaba en la Cigüeña con una parturienta de D. Manuel y tanto la mujer como su familia estaban muy contentos. Yo dije: *todos estamos muy contentos, pero usted y yo* (refiriéndome al médico), *vamos a trabajar que a eso hemos venido*. Y la mujer estuvo encantada, porque entendía que yo era una buena profesional”. (...) “Tuve en el Hospital Provincial una mujer de 22 años que iba a tener a su primer hijo. Se portaba fatal, en cada contracción se ponía debajo de la cama. Como llevaba mezcla lítica estaba algo desconectada de lo que hacía y cuando acabó el parto me preguntó si se había portado bien. Yo le dije que lo había hecho fenomenal y cuando se puso de parto por segunda vez, yo también estaba de guardia y ella no dejaba de repetir: *Cuanto me alegro de verla, estoy muy contenta*. Que los niños nacieran en buenas condiciones y que las mujeres estuvieran bien atendidas era lo que más me importaba. Las mujeres depositaban toda la confianza en nosotras y éramos su único amparo”⁴⁵⁹.

Amparo Fabra tiene su propia opinión respecto al prestigio de la figura de la matrona que se encarga de acompañar y atender a la mujer profesionalmente durante el embarazo y en el momento del parto. Ella afirma que el reconocimiento hacia las matronas se ha visto sujeto a vaivenes a lo largo de los años, y

⁴⁵⁹ EIR.

que éstos han venido determinados por los límites impuestos desde la normativa sanitaria. En todo caso, está convencida de que la autonomía de las matronas en su trabajo cotidiano, el hecho de no depender de los criterios del médico para realizar sus funciones y la clarificación de las competencias de cada grupo profesional plasmada legislativamente tanto en el ámbito nacional como en el internacional, han sido determinantes. La autoridad que emana de la categoría profesional de los distintos trabajadores del hospital es la que se mantiene en permanente conflicto con el objetivo de mantener su superioridad sobre las matronas:

"Para mí la profesión de matrona sí que tiene prestigio en la sociedad. Sé pasó de aquel tiempo en que las matronas asistían el parto en el domicilio y que eran reconocidas por su importante labor de acompañamiento, de apoyo emocional y de apoyo profesional, al parto hospitalario. En el recinto hospitalario era el ginecólogo el que llevaba todo el cotarro y el que tenía prestigio, aunque como he dicho antes, las matronas teníamos un cierto poder, pero no reconocimiento. La mayoría de mujeres no sabían ni el nombre de la matrona que había estado con ellas durante toda la dilatación y les había atendido el parto. Pero, al comenzar las matronas a trabajar en Atención Primaria y llevar el control de todo el embarazo, junto con la ampliación de funciones que nos responsabilizan de todo lo que corresponde en la atención a la mujer, la matrona es una profesional muy valorada"⁴⁶⁰.

Como ya hemos dicho en el desarrollo de la tesis, la institucionalización del parto trajo consigo la despersonalización en la asistencia, algo que las matronas procuraron evitar –o cuanto menos mitigar– estableciendo una relación cercana con las mujeres

⁴⁶⁰ EAF.

a las que atendían. Fina Segarra ha tenido desde siempre su propio método:

*"Yo cuando entraba le decía a la mujer: Me llamo Fina Segarra y voy a estar con usted durante todo el parto. Cuando acabemos, le volveré a preguntar. Porque luego estará en casa y sus amigas y su familia le preguntarán, ¿quién te atendió el parto? Y yo quiero que te acuerdes de mi nombre. Porque si es un médico siempre se acuerdan: "Me atendió don fulano". Yo les decía: Estaremos poco rato, pero todo el tiempo que estés aquí yo estaré contigo"*⁴⁶¹.

M. José Más que ha trabajado en el Maternal de La Fe desde sus inicios y también en la asistencia privada, se siente reconocida profesionalmente por los médicos con los que ha trabajado:

*"Las matronas siempre hemos sido bastante independientes porque los ginecólogos casi no estaban con nosotras, a no ser que algo se complicara y tuviéramos que llamarlos. Lo que es cierto es que los ginecólogos que ahora son más mayores te respetaban mucho más que ahora [se refiere a los residentes y a los que tienen la plaza más reciente], tanto en el trato profesional porque se fiaban mucho de tu opinión, como en el trato personal, porque eran muy respetuosos y educados. Yo siempre me he llevado bien con los médicos con los que he trabajado"*⁴⁶².

Nuestra informante Irene Segarra E31, igual que la anterior ha dedicado toda su vida laboral a trabajar, tanto en la asistencia pública como en la privada, en la asistencia a los partos. Sin embargo, no denuncia la pérdida de autonomía al tener que

⁴⁶¹ EFS.

⁴⁶² E23.

depender de las órdenes médicas, sino que se siente más segura trabajando de este modo. Como la mayoría de nuestras informantes también se siente reconocida por los médicos con los que ha ejercido su profesión durante más de treinta años: "Yo me he considerado respetada y las relaciones siempre han sido muy buenas. Nunca he pretendido tener más autonomía, sino que valoro positivamente el hecho de trabajar al lado de otro profesional que en un momento de complicación puede solucionar un problema importante".

Con respecto al prestigio de las matronas A. Montoya recuerda que cuando ella estudió [1982] se hablaba de las matronas 'famosas' que trabajaban en la privada y "eran la matrona de fulanito", independientemente de lo que fueran profesionalmente y de las matronas de la asistencia pública que sabían mucho: "De Pepa Llidó el prestigio venía porque los médicos se fiaban de ella porque sabía mucho". En cuanto a su propia experiencia en la asistencia a los partos se ha sentido muy reconocida:

"Me siento muy satisfecha. Yo no habría podido tener otra profesión. Y mi vida ha sido un proceso evolutivo, primero de estudiar para poder tener esa profesión y después para implicarme en todo lo que se relaciona con la atención a las mujeres durante la maternidad. Me he continuado formando para comprender mejor todos los procesos que intervienen: la pelvis, las emociones, la psicología, la lactancia. He trabajado siempre de la manera que he considerado, he tenido total autonomía, las mujeres me han devuelto siempre su agradecimiento y su reconocimiento"⁴⁶³.

⁴⁶³ EAM.

La tendencia general de los médicos obstetras era la de un reconocimiento de la autoridad profesional de la matrona, que estaba directamente relacionada con una especie de *Feed Back*. Dicho de otro modo, el obstetra que era un buen profesional elegía a la mejor matrona para que trabajara con él en la asistencia a los partos privados. Por tanto, si trabajaba con él era una excelente matrona. También estaba el caso de que hubieran coincidido, bien durante su formación o ya como profesionales, en la asistencia en hospitales públicos y hubieran tenido ejemplos de buena praxis por parte de la matrona en cuestión. Este es el ejemplo que I. Royo nos relató para confirmar el respeto a su autoridad profesional por parte del catedrático de obstetricia y por dos médicos que, posteriormente, han sido jefes clínicos de obstetricia y de alto riesgo en el Hospital Maternal La Fe durante los años de nuestro estudio:

“Un día estábamos de guardia en el Hospital Clínico Pepe Mínguez, Javier Monleón y yo. Mientras ellos estaban en quirófano haciendo una cesárea, acudió una mujer enviada por D. Paco Bonilla y yo le hice el ingreso. La reconocí y vi que eran unas nalgas, así que llamé a D. Paco y le dije en qué condiciones estaba la mujer. Él, sin dudarlo, me dijo: *Preparen una cesárea*. Mínguez, cogió un enfado de aquella manera porque no le había buscado a él: *¿Cómo es posible que teniéndonos a nosotros aquí para que la reconozcamos y la valoremos, te lo diga a ti?* Yo sé que había hecho lo que había que hacer y claro que D. Paco y los demás se fiaban de mi criterio”⁴⁶⁴.

Respecto a la relación con los médicos, A. Fabra nos confirma algo que ya habíamos anunciado más arriba y precisa,

⁴⁶⁴ EIR.

además, cual era -según su experiencia- la valoración que éstos hacían de las matronas que trabajaban en el Maternal de La Fe:

“En La Fe la relación con el equipo médico era muy jerarquizada, muy distante. También había una clara discriminación porque, para ellos, había *matronas buenas* y *matronas malas*. Creo que ellos se guiaban, en primer lugar, en si eras joven. Ser joven era una garantía de que estabas bien preparada. Y, segundo, si eras una matrona que trabajaba en la calle, es decir, con ellos en la privada, también era una garantía de que estabas bien preparada y tenías prestigio. Pero las que venían de haber trabajado en los pueblos y no habían estado en el hospital eran valoradas como de menos categoría”⁴⁶⁵.

Amparo Montoya ha sido –y continua siendo- una matrona respetada profesionalmente por los obstetras con los que ha trabajado. Desde que terminó la especialidad uno de los médicos que se encargaba de las clases teóricas –Luis Martínez- se había dado cuenta de la solvencia profesional de nuestra informante y le propuso trabajar para compartir juntos la evolución de los partos y tomando al unísono las decisiones pertinentes.

Cuando obtuvo la plaza fija en el Hospital Torrecárdenas en Almería, varios de los médicos que coincidieron en el paritorio se habían formado en la Facultad de Medicina de Granada y eran conocedores de los derechos de las mujeres en cuanto a su maternidad y en lo referente a las recomendaciones de la OMS sobre a la conveniencia de respetar la evolución natural de un parto, mientras no se presentara ningún problema de salud para la madre o para el bebé. Por tanto, también aquí –al menos con varios de los médicos del equipo- la jerarquización empezó a verse como algo del pasado y las situaciones se comentaban, se

⁴⁶⁵ EAF.

discutían y se tomaban decisiones entre médico y matrona. En Almería cuando un parto era considerado de bajo riesgo era acompañado, controlado y realizado por las matronas sin intervención médica. En el Hospital Dr. Peset, sin embargo, muchos de los médicos del paritorio eran de la 'vieja escuela' y consintieron con desagrado que la supervisora propusiera cambios en un funcionamiento al que ellos estaban acostumbrados. Las enconadas discusiones que se produjeron en muchas ocasiones, hicieron que Montoya tomará la determinación de pedir el traslado a otro hospital. La matrona que llegó al paritorio de La Fe en 1990 ya era una mujer con experiencia que había aprendido a relacionarse con las compañeras y con los médicos sin ser tan contundente. Siguió trabajando de manera que se respetara la autonomía de la mujer frente a su propio parto, sin entrar en contradicción con la medicación prescrita por los médicos:

"Yo empecé a ir haciendo poco a poco, sin decirle nada a nadie. Significaba que yo me acogía a las recomendaciones de la OMS y para trabajar así no dependía del médico, la mujer podía moverse, podía beber agua y, si no era necesario, nunca les ponía nada para alterar la normal evolución del parto. Por tanto, como en la pauta médica siempre ponía al final 'si precisa', ese 'si precisa' lo valoraba yo. Y los médicos adjuntos jamás me han cuestionado, han tenido total confianza con mi capacidad profesional"⁴⁶⁶.

Natividad Chacón opina que las matronas "siempre han tenido sentimiento de autonomía, pero este sentimiento va aumentando conforme te sientes más segura, conforme va pasando el tiempo. Ante la sociedad siempre hemos tenido 'buena

⁴⁶⁶ EAM.

prensa". Se siente muy satisfecha con el ejercicio de la profesión que eligió y también "me siento muy a gusto de tener residentes de matrona y poder colaborar en su formación".

Irene Segarra nos habló de la importancia de que se establezca una buena relación entre la gestante y la matrona que la atiende, hecho que no sucede con todas las profesionales:

"La relación que se establecía dependía de cómo era cada mujer, pero siempre partiendo de la base de que el parto tiene factores muy emotivos y afectivos que las matronas tenemos que potenciar". (...) "También había matronas muy duras y autosuficientes que contestaban mal a la mujer, que no dejaban pasar al marido ni a la dilatación ni al parto y las mujeres debían sentir algo de temor".

M^a José Miragaya se siente muy reconocida por las mujeres que atiende porque se establece entre ella y la mujer una relación muy especial. La mujer se siente segura porque está en manos de una matrona que le demuestra su saber profesional que se pone de manifiesto en cuatro pilares: el apoyo informativo, el apoyo físico, el apoyo emocional y la convicción de que va a defender sus decisiones y va a transmitir las a los demás. Sin embargo, ha percibido esa infravaloración que la sociedad ha interiorizado sobre los trabajos que tradicionalmente han desempeñado las mujeres como es el caso de la matronería. En ese sentido, siente una doble discriminación: por un lado respecto a los médicos y por otro respecto a los propios compañeros que son Especialistas en Asistencia Obstétrica- Ginecológica: Matrona, pero son varones:

"Las usuarias también tienen la mentalidad -muy extendida en nuestra sociedad- de que los hombres tienen más autoridad y se la reconocen. Cuando una mujer es atendida por un compañero, aunque sepa que es matrona, por ser varón de entrada le otorga

más autoridad, le reconoce más prestigio y más reconocimiento. Los propios médicos también lo ven como a alguien que está por encima de las matronas mujeres”⁴⁶⁷.

Nuestra décima informante se siente muy satisfecha con su trabajo y está convencida que eligió bien su profesión. A pesar de que su elección había sido otra, aprovecho la circunstancia y consiguió ser Diplomada en Enfermería y Licenciada en Psicología lo que ha sido un refuerzo en su profesión de matrona, ya que le permite obtener el reconocimiento de las mujeres que acompaña en el parto. Aunque reconoce la injerencia casi permanente de los médicos del paritorio de La Fe en la mayoría de los procesos que atiende, es consciente de que tiene un campo de trabajo autónomo que pasa por la comunicación terapéutica que se establece entre ella y la mujer que cuida.

“No me arrepiento de mi elección ni de mi trabajo. El hecho de aprobar la oposición ya me hizo sentirme la mujer y la profesional más feliz del mundo y luego cuando me fui metiendo de lleno en la profesión me parecía maravilloso lo que había elegido. En primer lugar por poder atender a la mujer directamente, por el vínculo que se establece, ya te he dicho que a mí la enfermería me encanta, después por la autonomía que tiene la matrona porque durante esas horas solo somos la mujer y yo, se establece una relación muy cercana y eso me ha hecho sentirme muy especial durante estos años. Además el hecho de conocer la psicología ha facilitado que sea un añadido en la atención que puedo ofrecer a la mujer sabiendo estar atenta a mi intuición y detectando como tengo que responder a esa necesidad que tiene la mujer en ese momento”⁴⁶⁸.

⁴⁶⁷ EMJM.

⁴⁶⁸ EMF.

Una de las matronas que trabajó en el hospital de Xàtiva y, actualmente, desempeña su profesión en el de Gandía, a pesar de sentirse autónoma a la hora de tomar decisiones en su quehacer diario, piensa que esta libertad y respeto por las competencias que la matrona puede asumir dependen del ginecólogo que esté de jefe de la guardia:

“Me siento libre prácticamente siempre a la hora de hacer mi trabajo. Soy yo quien controla a la mujer, quién decide cuándo se debe romper bolsa, quien valora si tengo que poner oxitocina, si es conveniente que le pongan la epidural a una mujer o en qué postura quiero atenderle el parto. Aunque también es cierto que hay ciertos equipos de guardia con los que se tiene más o menos libertad”⁴⁶⁹.

Amparo Albiñana considera que la sociedad valoraba más a las matronas cuando los partos se hacían a domicilio porque toda su confianza estaba centrada en el saber hacer de estas profesionales. Según su opinión, cuando los hombres acompañan a su mujer durante el trabajo de parto en el área hospitalaria cuestionan continuamente las acciones de las matronas. Por su parte, nuestra matrona de A Coruña piensa que “...gracias a las matronas, el parto en España tiende a ser un proceso mucho más humanizado y yo creo que nos sentimos muy orgullosas de ello”. Sin embargo, también está convencida de que queda mucho camino por recorrer porque “la visión social de la profesión está todavía dentro del estereotipo ya que mayoritariamente creen que es una profesión solo de mujeres y que se reduce a la atención a los partos”⁴⁷⁰.

⁴⁶⁹ E13.

⁴⁷⁰ E19.

4.11. Compatibilizar la vida personal y la laboral.

En las últimas décadas del siglo XX la vida de las matronas - como mujeres que tenían su propia vida privada- sufrió cambios importantes. Ya no eran aquellas mujeres avanzadas para su época que en los años centrales del siglo pasado habían conquistado el espacio público y por ende, la contraprestación de un salario a cambio de su trabajo y eran mujeres admiradas. Nuestras matronas trabajadoras en el medio hospitalario vivieron en una sociedad donde su incorporación al mundo laboral no había traído aparejado el desprendimiento de la mitad de la responsabilidad y las cargas del cuidado de los hijos y del mantenimiento de su casa. Todavía ahora, en la segunda década del siglo XXI, sigue siendo una asignatura pendiente de resolver.

Marisa Monzonís, se trasladó a Madrid con dos hijos para trabajar en el Hospital La Paz. Buscaron una casa que estuviera a mitad de camino entre el hospital y el aeropuerto –su marido era piloto-. A finales de los setenta, en el hospital había una guardería que estaba encima del parking subterráneo, lo que facilitaba las cosas sobre todo para las trabajadoras del centro. Años después la tuvieron que cerrar por la peligrosidad y cercanía de los gases que de allí emanaban y por el riesgo de una explosión o un derrumbe.

“Tenía carnet de conducir, así que ponía a mis hijos en el coche y los dejaba en la guardería antes de empezar a trabajar. Como tenía que permanecer en el hospital hasta las cinco de la tarde, tuve que contratar a una estudiante del hospital que los recogía y los cuidaba hasta que yo llegaba a casa”⁴⁷¹.

⁴⁷¹ E29.

Nunca se planteó dejar de trabajar porque era la profesión que había elegido y quería ejercerla. Cuando estaba su marido – enviudó cuando sus hijos tenían menos de diez años-, entre los dos y contando con la ayuda de una estudiante se organizaban.

Carmen Huertas nos habló de los inconvenientes que ha tenido a lo largo de su ejercicio profesional:

“Era muy difícil porque antes las mujeres no trabajaban fuera de casa y para las que teníamos trabajo y estábamos tantas horas fuera y muchas veces de noche, no era fácil. Con mi pareja las cosas funcionaban bien mientras estaba soltera, pero al casarme y tener hijos, todo fue mucho más complicado”⁴⁷².

Para ello hubo diferentes estrategias que dependían del horario de trabajo del marido, del número de hijos que tuvieran y en otras ocasiones, se vieron obligadas a contar con el apoyo de sus familiares más cercanos. Este es el testimonio de M. José Más:

“Para poder trabajar en el hospital y en la privada ha sido imprescindible la ayuda de mi madre, que vivía conmigo. Ella se encargaba de la casa y de mis hijos cuando yo no estaba y mi marido también ha colaborado mucho. Porque los dos teníamos muy claro que yo trabajaba más porque lo necesitábamos y entre los dos teníamos que sacar adelante a nuestros hijos.

El marido de nuestra informante se quedó sin trabajo cuando ya tenían cuatro hijos, por lo que se hizo necesario que ella ampliara sus ingresos. El esfuerzo que tuvo que realizar durante varios años para compaginar el trabajo en la asistencia pública con los partos

⁴⁷² E27.

privados fue importante. Pero su ética profesional le hizo mantener el mismo interés, la misma atención y la misma responsabilidad en los dos sitios:

"Para mí también ha sido difícil, porque muchas veces he tenido que venir a trabajar a La Fe después de estar toda la noche en la privada y me esforzaba más para que nadie notara mi cansancio, ya que era algo que yo había elegido"⁴⁷³.

María Navarro ha trabajado desde 1967 y ha ido resolviendo la situación doméstica adecuando su trabajo a las necesidades. Esto es posible porque antes de ser matrona había que tener el título de ATS, con lo cual eras dos puestos de trabajo a los cuales se podía acceder en función de la situación de la postulante:

"Cuando trabajaba en la asistencia privada primero estaba soltera, después me case y tuve los hijos. Del 71 al 74 dejé de trabajar hasta que mi hija tuvo 3 años. Entonces pedí plaza de enfermera en un ambulatorio porque tuve a mi segundo hijo y me interesaba trabajar solo por las mañanas y de lunes a viernes. Dejaba a mis hijos en el colegio y mi marido los recogía. Además, al nacer mi segundo hijo contratamos a una mujer para que estuviera en casa. La relación con mi marido ha sido muy buena porque él ha entendido siempre mi trabajo y, en lo posible, hemos compartido la crianza de los hijos y las tareas del hogar"⁴⁷⁴.

Uno de los testimonios de las matronas que ejercieron su profesión en los hospitales, Amparo Albiñana, nos informó de las

⁴⁷³ E23.

⁴⁷⁴ EMN.

dificultades que albergaba el hecho de tener un horario de trabajo que las obligaba a estar días enteros de guardia:

“Fue duro, sobre todo cuando tenía a mis hijos pequeños. Mi marido es médico y su trabajo también le obligaba a realizar guardias de veinticuatro horas. Tuvimos que hacer verdaderos malabarismos para que uno de nosotros se pudiera quedar con ellos por la noche. Tuve que depender de mi hermana que, para ayudarnos, se vino a vivir enfrente de nuestra casa para que en situaciones complicadas pudieran quedarse con ella”⁴⁷⁵.

Otro testimonio es el de una matrona de primaria, Carmen María Pons (E21), que nos dijo “Decidí trabajar en primaria porque pensé que era lo que más me interesaba porque el horario me permitía poder cuidar de mis hijos cuando han sido pequeños, porque mi marido trabajaba todo el día”.

Irene Segarra, nuestra informante E31, una mujer de 69 años que ha trabajado durante treinta y cinco años, tanto en la asistencia a los partos en la sanidad pública como en la privada, recuerda cómo fue su vida a partir de los años ochenta cuando sus hijas eran pequeñas:

“Retrospectivamente lo valoro bien, he ido superando los escollos que se presentaban. Pero en su momento, llevar una vida de trabajo, tener una familia y unas hijas que atender, requiere mucho sacrificio. Desde luego que ha sido importante el hecho de tener un marido comprensivo y unas hijas estudiosas que no han causado ningún problema. Desde el principio yo supe cuál era mi profesión y mi marido así lo ha entendido. El hecho de tener que salir de casa por la noche no

⁴⁷⁵ E13.

me ha supuesto ningún impedimento, al contrario, me ha ayudado a sentirme realizada”.

Con este último testimonio podemos comprobar que al incorporarse al ámbito laboral las mujeres, en general, han tenido que asumir un nuevo rol, además de mantener en vigencia el que ya tienen interiorizado como 'natural'. Las exigencias de compaginar dos o más papeles, pueden ocasionar problemas de salud a las mujeres dependiendo de la rigidez del modelo de mujer al que se adscriban. Consideramos que la profesión de matrona ha tenido un efecto protector sobre las profesionales ya que coincidimos con Verena Stolcke, (1992), cuando argumenta que algunas profesiones están íntimamente relacionadas con ciertas capacidades consideradas naturales en función del sexo, la clase o la pertenencia étnica de los sujetos. En este caso, estamos trabajando sobre un tema: 'la maternidad', que tiene una connotación fundamental dentro de lo que se considera intrínseco del hecho de ser mujer. Y nuestras matronas han asumido los dos roles, con el cansancio y el sacrificio que conllevaba, porque han cumplido con el mandato de género prescrito socialmente para las mujeres en el espacio privado y han contribuido a perpetuar la idea –y el hecho físico, real- de la maternidad como algo también natural y necesario para el sistema en el espacio público –el hospital, la percepción de un pago por el trabajo realizado-, lo que posiblemente ha contribuido a la percepción íntima y personal de 'sentirse realizada' como afirmaba nuestra informante.

Capítulo 5. Mujeres y partos

5.1 Mujeres que parieron en casa.

Acoger en el seno del hogar el nacimiento de las criaturas de cada familia era uno más de los hechos que formaban parte del ciclo vital de las personas. Hasta la década de los setenta del siglo pasado fuera cual fuera el nivel cultural, social o económico de cada unidad familiar el parto se producía en casa. Solo en el caso de que la mujer fuera soltera, acudía al hospital para dar a luz a su bebé y en muchas ocasiones se veía obligada -por sus propias circunstancias económicas cercanas a la supervivencia y/o por 'el pecado' que significaba tener una criatura de padre desconocido para su familia de origen- a dejarlo en el centro para que se ocuparan de darlo en adopción. También podía darse el caso de que en el transcurso del parto se produjera alguna complicación que hacía necesario el traslado de la parturienta al hospital para intentar salvarle la vida a ella o a su recién nacida/o.

A pesar de ello, existen pocos testimonios sobre el parto en el domicilio referidos por las propias mujeres, que eran los sujetos centrales del acontecimiento. Como ya venimos refiriendo a lo largo de estas páginas, las voces de las mujeres han permanecido invisibles porque, si bien es cierto que el parto era uno de los momentos más importantes en la vida de éstas y del que hablaban entre ellas siempre que tenían ocasión -en el seno de las mujeres de la familia y en las conversaciones con sus amigas-, nunca ha sido considerado un testimonio de suficiente relevancia para ser abordado como objeto de estudio. Es por eso que en este trabajo

hemos valorado como algo imprescindible recoger en sus propias palabras los recuerdos y vivencias que guardan de aquel momento crucial en sus vidas. Para la recogida de datos elaboramos una encuesta semiestructurada que realizamos a una pequeña muestra de ciento seis mujeres de las muchas que parieron en sus casas hasta que, a partir de principios de los años setenta, el momento del nacimiento pasó a vivirse en instituciones sanitarias.

La encuesta⁴⁷⁶ contiene una serie de ítems de carácter cuantitativo y otros que hacen referencia a aspectos cualitativos, cuya respuesta nos ha permitido acumular una serie de datos, de vivencias y de opiniones que hemos trabajado –los primeros con metodología cuantitativa y los siguientes han sido analizados a partir de las categorías que encontramos en las respuestas- con metodología cualitativa-. Las encuestas se realizaron en el propio domicilio de las mujeres, creando un clima de confianza que ya venía favorecido porque, en el caso de las que pasaron las/los residentes de matrona, la persona que accedió a ser entrevistada era en la mayoría de las ocasiones la nieta/o, o sobrina/o-nieta/o de la entrevistada. En cuanto a las que se realizaron en Valencia ciudad o en otra población de la provincia, la elección de las mujeres se hizo a partir de personas conocidas por la autora de este trabajo, las cuales preguntaron a su madre o su abuela sobre la disponibilidad de tener una conversación sobre los partos que habían tenido.

Las características de la elección de la muestra vienen determinadas por dos circunstancias. En primer lugar, por la ciudad donde vive y trabaja la autora -la ciudad de Valencia-, hecho que ha sido determinante para la recogida de datos de las

⁴⁷⁶ Encuesta diseñada por la autora de este trabajo. Ver Anexo 2

mujeres que viven en la ciudad o en otra población de la misma provincia. En segundo término, porque durante la impartición de la asignatura 'Historia de la profesión de matrona desde una perspectiva de género' hemos trabajado con las/los residentes de matrona el tema de las entrevistas, como un objetivo de especial relevancia ya que era la herramienta que nos permitía acercarnos 'in vivo' al pasado de nuestra profesión, tanto el pasado reciente como es en este caso, como el pasado más inmediato, con datos que aportaremos posteriormente cuando tratemos la asistencia al parto en el hospital. Las residentes procedían de distintas ciudades o pueblos del territorio español y realizaron las entrevistas a mujeres de su familia para interesarse por el transcurrir de sus partos, lo que nos permitió tener una perspectiva más amplia sobre los partos en casa, que no recogiera datos exclusivamente de Valencia y su provincia sino de otras capitales y pueblos del estado español.

Los criterios de inclusión fueron tener más de 50 años, tener un nivel cognitivo que les permitiera recordar, verbalizar, analizar y razonar las respuestas y, por último, estar dispuesta a colaborar voluntariamente. Los datos se recogieron entre septiembre del 2004 y junio del 2007.

En primer lugar vamos a describir los datos sociodemográficos de nuestra muestra. Como se puede observar en la tabla 4, de estas 106 personas entrevistadas, solo 13 mujeres tenían menos de 65 años en el momento de la realización de la encuesta. Por tanto, tendremos en cuenta en todo momento los años en los que sucedieron los partos de estas mujeres –ahora ancianas– que son el objeto de nuestro trabajo. Excepto estos 13 casos, la edad de las entrevistadas oscila entre 65 y 93 años. Nuestra muestra abarca desde 1940 hasta 1986 pero solo cuatro, son los partos recogidos en el domicilio a partir de 1970. Según los

datos obtenidos, 7 mujeres parieron en nuestra ciudad y 29 en alguna población de la provincia de Valencia, 12 eran de otra ciudad y el resto -58- en poblaciones de otras provincias del estado español. En cuanto a la adscripción política de las entrevistadas fueron 46 las mujeres que no quisieron pronunciarse y 5 las que, tal vez por ese mismo motivo, se pronunciaron como personas de centro. Hemos de tener en cuenta que por la edad de las personas entrevistadas han vivido durante buena parte de su vida bajo una dictadura que censuraba, reprimía y castigaba cualquier manifestación de adscripción política que no fuera la del propio régimen franquista. Se consideraban de derecha 28 y 27 de izquierda. La inmensa mayoría afirmaron que eran de religión católica -99-, aunque buena parte de ellas (31) no eran practicantes. Casi el 60% de las encuestadas (72) tenía Seguridad Social y 29 tenían un seguro privado. También tenemos que resaltar que 15 de las mujeres no sabían si en el momento de su parto ya pertenecían al Seguro Obligatorio de Enfermedad o todavía no. A pesar de tener seguro, 16 de las mujeres afirmaron que pagaron a la matrona algún dinero como agradecimiento por el buen trato recibido y otras 7 reconocieron que aunque no habían podido ofrecer dinero le habían hecho en su momento algún 'regalo en especies', casi siempre algo de comida.

Como la mayoría de las mujeres entrevistadas tenía entre 65 y 93 años, eran ancianas que habían vivido la mayor parte de su vida adulta bajo el régimen franquista, lo cual explica que casi la mitad de la muestra no quisiera contestar sobre su adscripción política. Sin embargo, más de la mitad se pronunciaron claramente como 'de derecha' o 'de izquierda', lo que responde a personas que una vez pasados los años, se han identificado con alguna de las opciones políticas mayoritarias de nuestro país.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se había ido implantando progresivamente, por tanto, casi el sesenta por cien de las mujeres fueron atendidas por la matrona de zona -si vivían en el ámbito urbano- o por la matrona de asistencia pública domiciliaria (APD), cuando el parto se produjo en zonas rurales. Casi un quince por ciento de la muestra no supo explicar el tipo de seguro que tenían porque en algunos trabajos, en vez de la Seguridad Social tenían que pagar la llamada 'igualada' que consistía en el abono mensual o anual de una cantidad para tener derecho a los servicios sanitarios contratados. En muchos casos la matrona no estaba incluida y había que pagarle a parte. Tenemos que señalar que nuestros datos se acercan bastante a las cifras que habíamos apuntado en capítulos anteriores (Siles, 1999) y que hablaban de la implantación paulatina del Seguro Obligatorio de Enfermedad, señalando que en el año 1953 cubría a algo más del 30% de las familias y en 1968 abarcaba a más del 70% de la población. También se desprende del testimonio de nuestras informantes que existía la costumbre de hacerle un regalo a la comadrona en agradecimiento por el trato recibido. Veamos algunos testimonios: "No se pagaba nada porque teníamos la Seguridad Social y además pagábamos la Igualada, pero yo le hice un regalo porque me había atendido muy bien"; "Aunque la comadrona era de la Seguridad Social mi marido y yo le dimos una regalito de dinero en mano"; "Al día siguiente cuando vino la comadrona aprovechamos para darle un cordero en agradecimiento"; "Por el parto no se pagaba nada, pero luego le dábamos lo que podíamos: huevos, queso, pollo"; "Le di tres celemines⁴⁷⁷ de harina".

⁴⁷⁷ El celemin es una medida agraria que se utilizaba en algunas partes

Ideología		
	Frecuencia	Porcentaje
derecha	28	26,4
izquierda	27	25,5
centro	5	4,7
ns/nc	46	43,4
Total	106	100,0

Religión		
	Frecuencia	Porcentaje
católica	99	93,4
no creyente	1	,9
ns/nc	6	5,7
Total	106	100,0

Practicante		
	Frecuencia	Porcentaje
sí	67	63,2
no	31	29,2
ns/nc	8	7,5
Total	106	100,0

Lugar del parto		
	Frecuencia	Porcentaje
valencia ciudad	7	6,6
valencia provincia	29	27,4
otra ciudad	12	11,3
otra provincia	58	54,7
Total	106	100,0

Tipo de seguro		
	Frecuencia	Porcentaje
seguridad social	62	58,5
seguro privado	29	27,4
ns/nc	15	14,2
Total	106	100,0

Pago del parto		
	Frecuencia	Porcentaje
cantidad	16	15,1
ns	83	78,3
especies	7	6,6
Total	106	100,0

Edad						
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	106	41	52	93	75,41	9,035

Tabla 4.- Variables socio-demográficas de los partos domiciliarios

de España antes de que fuera obligatorio el Sistema Métrico Decimal. Se usaba sobre todo en algunas zonas de Castilla como medida de capacidad para cereales y semillas.

En la tabla 5, 'La matrona como profesional', se exponen los datos sobre la valoración que la propia mujer entrevistada tenía de la matrona que asistió su parto y la valoración de la profesión de matrona por parte de la sociedad de aquellos años. En 83 de los partos, el marido o algún familiar se presentaron en casa de la matrona para avisarla de que el parto estaba en marcha y fueron 20 las mujeres que se habían puesto en contacto con ella por teléfono. Dos mujeres explicaron que la matrona acudió para atender el parto en su propio vehículo, que en aquellos años consistía en una Vespa o en una bicicleta. Como en la mayoría de las ocasiones vivían en el mismo pueblo o aldea, la matrona llegó a casa de la parturienta caminando. Esto lo confirmaron sesenta y seis mujeres. En 32 casos fue el propio marido el que recogió a la matrona y juntos –aunque preferiblemente acompañados por una tercera persona para evitar comentarios maliciosos- regresaron al domicilio de la gestante. Este último dato ha sido resaltado por alguna de las mujeres entrevistadas y para ello ofrecemos dos testimonios significativos que hacen referencia a la moralidad de la época: "La matrona era la que asistía los partos, estaba mal visto que fuera acompañada solo por el marido, sobre todo si era de noche: "Eran mujeres bien consideradas. Tenían buena fama a pesar de los horarios de trabajo. Procuraban que siempre fuera acompañándolas el marido y una vecina cuando se desplazaban a casa de la parturienta para que en el barrio o en el pueblo no se hablara mal".

Como ya nos refirieron las matronas entrevistadas, en la mayor parte de los partos se creaba una estrecha relación entre éstas y las mujeres atendidas, debido a que pasaban varias horas juntas en un momento crucial de su vida. La matrona, durante esas horas, se convertía en el apoyo más importante con el que contaba la parturienta, tanto por su saber profesional como por el

hecho de que procuraba su bienestar, la escuchaba, la acompañaba y le daba ánimos para seguir adelante con el parto. Según los resultados obtenidos en el análisis de nuestra muestra, el promedio de horas que las matronas estaban con las mujeres fue de más de siete horas, encontrándose casos en los cuales la dilatación se alargó y otros en los que al llegar la matrona al domicilio, la gestante había parido con algún familiar que la acompañaba o incluso estando ella sola.

En el 85,8% de los casos las mujeres respondieron que tenían *confianza* en la matrona que les asistió. La mayoría conocían su nombre porque era una persona del pueblo y argumentaron razones del por qué depositaban su confianza en esa profesional: "Sí, era vecina del pueblo y la conocía (...) Sabía que trabajaba muy bien porque había asistido muchos partos (...) Ya la conocía porque había ido a su casa cuatro veces durante el embarazo (...) Tenía confianza porque me había asistido en el parto anterior (...) Teníamos muy buenas referencias". En las encuestadas cuyo parto había acontecido en la ciudad también tenían referencias de ella: "Sí. Era una persona conocida por su trabajo, ya que había asistido a muchas mujeres del barrio (...) Porque la conocía de los partos anteriores (...) Siempre se portó muy bien conmigo y confiaba en ella".

Las mujeres fueron preguntadas sobre si pensaban que la matrona que las asistió tenía *experiencia*. El 96,2% de las mujeres encuestadas contestaron afirmativamente. Las razones aducidas están relacionadas con varios motivos. El principal de ellos era que tenían *formación académica*: "Tenía experiencia y tenía título (...) Porque era una comadrona de carrera (...) Era muy lista. Se había sacado el título y tenía mucha experiencia". En otros casos la experiencia se debía a los *años de trabajo*: "Sí, ella era la que hacía todos los partos en el pueblo, tanto los de 'las señoras' como

los de las mujeres pobres (...) Porque era una mujer que se dedicó toda su vida a atender partos desde los 20 hasta los 80 años (...) Tenía mucha experiencia. Era la que hacía todos los partos en el pueblo y sabía más que el propio médico". Otras veces las mujeres pensaban que *si trabajaba con un médico tenía que ser una buena profesional*: "Yo ya la conocía porque era la que más experiencia en partos tenía. Era muy conocida en el pueblo y todo el mundo hablaba muy bien de ella. Trabajaba junto con D. Alvaro, que acudía si había alguna complicación en el parto o si la matrona le hacía alguna consulta. Pero si todo iba bien lo asistía ella sola, como fue en el caso de mi parto (...) Sí. Ella sabía lo que hacía y cuando vio que no todo iba bien llamó al médico del pueblo. Decían que había hecho muchos partos en Madrid y aquí también hacía (...) Yo estaba tranquila porque la comadrona trabajaba muy bien. Además también estaba el médico con ella (...) Enseguida me dijo que tenía que quedarme sin nada dentro y me dio confianza que fuera a por el médico". Otro de los motivos de peso en la opinión sobre el buen hacer de la matrona tuvo que ver con *la fama que ésta se hubiera ganado en el pueblo*: "Era una matrona con muchos años de experiencia y aunque ya había hospital, éramos muchas las mujeres que seguíamos confiando en ella para nuestros partos (...) Sí, llevaba toda la vida en eso. Era la matrona que hacía los partos en el pueblo (...) Porque atendía a todas las mujeres del pueblo y llevaba consigo a su sobrina que también se estaba formando como matrona y le explicaba muchas cosas mientras me atendía a mí". *En las ciudades* no todo el mundo se conocía, pero las mujeres de cada barrio se informaban unas a otras de la opinión que tenían después de haber comprobado la pericia de la matrona en su propio parto: "Tenía mucha experiencia. Tenía fama en el barrio de ser muy buena en su trabajo (...) En el barrio hacía los partos de todas las mujeres que

no iban al hospital (...) En esta zona de Valencia atendía los partos y tenía muy buena fama". En otros casos, la maestría en su trabajo se la otorgaban por *la buena asistencia que habían recibido en un parto anterior*: "Porque mi hija había nacido con el cordón al cuello y ella se había apañado muy bien (...) En el parto anterior, cuando la matrona llegó mi hijo ya había nacido y una vecina le había cortado el cordón. Cuando ella lo vio nos dijo que lo tenía que cortar más corto. Y se le quedó muy bien (...) Sí, porque aunque era muy jovencita se le veía que sabía muy bien lo que hacía. En el parto anterior me habían hablado muy bien de ella y la llamé. Quedé tan contenta que en el tercer parto la volví a llamar y me dio mucha confianza". Hubo mujeres que fueron asistidas por las llamadas '*aficionadas*' y al ser preguntadas por la experiencia de la persona que las había atendido, con más o menos resignación, contestaron que sí: "Sí claro. Era la más atrevida del pueblo (...) Tenía la misma experiencia que podía tener yo, la de haber ayudado en el parto de otras vecinas (...) No era matrona, era partera y había asistido a muchas mujeres (...) Era la partera del pueblo y cuando se complicaba algo, su padre que era el médico la ayudaba (...) No era matrona, pero toda la vida se había encargado de traer a los niños al mundo y se había aficionado. Y como el médico estaba en otro pueblo, la llamaban a ella y sabía del tema". Cuando el pueblo no tenía asignada una matrona, el disponer de una mujer que hubiera acompañado y asistido a otras mujeres en el trance del parto, se consideraba un hecho positivo y depositaban en ella sus expectativas de que el parto transcurriera sin incidentes.

Para 91 de las 106 mujeres encuestadas, la presencia y la actitud que mantuvo la matrona fue una *ayuda* significativa tanto para que el parto evolucionara bien, como para que ellas pudieran afrontarlo. Al preguntarles los motivos que les hacían considerar a

la matrona como una profesional de ayuda, casi el 86% de las entrevistadas adujeron que les había proporcionado seguridad y les había dado ánimos. Alguno de los comentarios que hicieron las encuestadas los anotamos a continuación porque son representativos de la apreciación que, incluso pasados muchos años, tenían del trabajo de las matronas: "Me decía cómo me tenía que colocar, me daba apoyo en las contracciones y me acompañaba mientras caminaba por la casa (...) Me orientaba de cómo avanzaba mi parto, me aconsejaba posturas que me aliviaban el dolor (...) Porque no me sentía sola. Ella vino con su hija de once años y la nena se hizo cargo de mis hijos. Mi marido estaba en el campo y de no haber estado la matrona en casa yo me habría puesto nerviosa y no hubiera podido hacerme cargo de mis pequeños (...) Me ayudó a controlar los nervios, yo era muy joven y era mi primer parto (...) Porque estuvo conmigo durante 14 horas y me infundió mucha confianza, mucha tranquilidad y sobre todo mucha seguridad (...) Porque era muy buena profesional. Ella fue la que se dio cuenta de que algo no iba bien y avisó al médico. Cuando éste llegó me envió corriendo al hospital de Alzira. Yo ya tenía 45 años y era demasiado mayor (...) Si, porque me dio tranquilidad, era muy humana y buena profesional". Los testimonios recogidos son muchos y solo hemos anotado algunos de los más explícitos. Fueron 5 las mujeres que dijeron que la matrona tenía una actitud autoritaria que las asustaba y nos lo hicieron saber con estos comentarios: "Hubo un momento en el que se puso tan seria que me asustó, porque decía que si no empujaba bien al niño iba a pasarle algo (...) No me ayudó porque fue muy duro (...) No fue una ayuda, me puso muy nerviosa. Solo me decía que respirara hondo y que no me moviera de la cama. Además me decía que era una exagerada y que no gritara. En uno

de los reconocimientos le di una patada porque en vez de tranquilizarme me ponía muy nerviosa”.

En este punto nos interesaba conocer cuál era la *opinión* que las mujeres habían retenido en su memoria *sobre la matrona que les asistió* en sus partos. Para esta primera cuestión la pregunta fue formulada mediante una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas que oscilaban entre el 5 cuando la opinión sobre la matrona y su actuación era muy buena, 4 cuando respondieron que tenían una buena opinión, 3 cuando pensaban que era regular, 2 cuando dijeron que tenían una mala opinión sobre la forma de actuar de la profesional y 1 cuando las mismas entrevistadas habían tenido interés en matizar que no les había asistido el parto una comadrona titulada, sino una mujer aficionada. El 84% de las mujeres encuestadas tenía una muy buena o buena opinión sobre la matrona: “Era muy agradable y me ayudó a llevar mejor los dolores (...) Tener conmigo a una persona experta me dio seguridad y confianza (...) Era cariñosa, daba ánimos y me orientaba sobre cómo tenía que hacer fuerza (...) Tenía mucha confianza con ella. Me acompañó toda la noche, sabía lo que había que hacer en cada momento y era muy amable”. Una de las mujeres tenía una mala opinión de la matrona: “No fue una ayuda. Me gritaba, me acobardaba, me obligaba a empujar de mala manera. Me trató muy mal”. Nueve mujeres manifestaron haber sido atendidas por una aficionada, con lo cual no podían opinar sobre la atención de una profesional. Tenemos que hacer una precisión. Aunque del total de las 106 encuestas realizadas, 20 de las mujeres habían sido atendidas por una mujer del pueblo con mayor o menor habilidad, las llamadas aficionadas, en nuestra muestra solo lo matizaron 9 de ellas. Las 11 mujeres restantes habían dado a luz en algún pueblo o aldea donde no había matrona, por tanto, no se habían preguntado si la

mujer que las asistió disponía o no de titulación porque esa era la mejor opción que existía: "Aquí no había matronas, solo parteras y mujeres que nos ayudábamos".

Además de esa valoración personal sobre el acontecimiento privado, quisimos recoger cuál era la *opinión* que -según ellas- *la sociedad* de aquellos años, es decir, las mujeres y hombres que eran personas adultas cuando los partos se asistían en la casa de la parturienta, tenían sobre la profesión *de matrona*, a sabiendas de que hasta el último tercio del siglo pasado no era habitual que una mujer trabajara fuera de su domicilio, cobrara un salario por ello y, lo más ajeno a las convenciones religiosas, políticas y sociales de la época, que en muchas ocasiones tuvieran que salir por la noche o de madrugada de su propia casa y desplazarse a otro lugar. Para evaluar las respuestas obtenidas establecimos seis categorías: prestigio y autoridad en partos, profesionales respetables y muy respetadas, personas cariñosas y amables, era la costumbre y, por último, eran aficionadas. El 31,2% de las mujeres contestaron que para la sociedad de aquellos años las matronas eran personas con prestigio y consideradas una autoridad en partos ya que la mayoría de los mismos eran realizados por ellas y que eran profesionales que sabían perfectamente cuál era su cometido. Como argumentos ofrecidos por las mujeres entrevistadas sobre el prestigio que habían adquirido entre las personas de la sociedad en el ámbito en el cual prestaban sus servicios podemos destacar algunos de ellos: "Estaban siempre dispuestas para cuando las necesitaras. Estaban bien consideradas socialmente (...) Tenían mucho reconocimiento porque eran mujeres que trabajaban mucho y ayudaban a las mujeres en todo lo que necesitaban (...) Se les respetaba mucho porque eran personas que asistían todos los partos, se tenía buena opinión (...) Buena, Entonces no había médico y los partos solo los

asistían las matronas (...) Teníamos muy buena opinión y eran mujeres respetadas por su buen hacer profesional (...) Eran personas muy bien vistas y con reconocimiento profesional (...) Las comadronas eran personas con mucho reconocimiento por parte de la gente del pueblo. Tenían un título y eso la gente lo valoraba mucho (...) A la comadrona del pueblo la admiraban. Valoraban mucho su trabajo, su experiencia y su disponibilidad (...) En otros sitios no lo sé. Pero en Rincón de Soto, la matrona tenía fama de trabajar muy bien y todo el mundo la respetaba y la reconocía (...) Son personas con mucho prestigio y son respetadas (...) Muy reconocidas y muy respetadas, incluso por los hombres que acudían a buscarlas cuando se necesitaban (...) Buena consideración. Se las prefería antes que a los médicos muchas veces. Se oía hablar muy bien de ellas (...) Ellas sabían mucho de partos porque hacían muchos. Eran muy queridas y muy respetadas (...) Pues muy buena gente. Eran mujeres muy bien consideradas... con sus estudios y eso... Y la gente las veía por la calle y como todos nos conocíamos decíamos: 'Mira, allí va doña Ana (...) Eran personas muy valoradas porque en aquella época poca gente tenía estudios o conocimientos relacionados con la medicina, por eso las comadronas eran mujeres muy respetadas". El 35% de las entrevistadas explicó que eran profesionales respetables y que eran muy respetadas en la sociedad en la que prestaban su servicio, sobre todo por las mujeres que habían sido atendidas. Anotamos a continuación cuatro de las frases que justificaban esta opinión: "Algunas mujeres ya trabajaban fuera de casa, en almacenes de naranja y en fábricas. Pero ellas tenían estudios, eran valoradas y estaban muy bien vistas (...) Es que era necesario que fueran mujeres porque en esa época daba mucha vergüenza que te mirara un hombre y además, ellas sabían mucho de los partos porque hacían muchos (...) Doña Pura era una mujer

muy espabilada y muy querida porque trabajaba bien y era muy cariñosa. Las mujeres la queríamos mucho (...) En el pueblo esta señora estaba muy bien considerada porque era una mujer muy agradable y se preocupaba mucho de las mujeres durante el parto". Un 3,8% dijeron que se les valoraba como profesionales, pero el motivo que a las mujeres les parecía más significativo fue que eran personas cariñosas y amables que les hicieron más llevadero el trabajo de parto. Un 10,4% de las encuestadas dijeron que era algo sobre lo que no se opinaba puesto que se trataba de una costumbre asentada en el pensamiento de cualquier persona: los partos eran asistidos por unas mujeres que debían prepararse para ello y así había sido siempre: "Eran personas a las que se consideraba muy bien porque eran imprescindibles (...) No pensábamos nada porque era lo normal, era un trabajo que hacían de toda la vida y sabían lo que llevaban entre manos. Era normal que cobraran y que fueran respetadas (...) No le dábamos importancia. Era normal que las comadronas trabajaran y precisamente ese trabajo tenían que hacerlo las mujeres". En el 18,9% de las encuestas, las mujeres respondieron que no podían saber lo que pensaba la sociedad del momento sobre las matronas puesto que en su entorno no había matronas, solo mujeres de buena voluntad que asistían los partos sin ninguna formación. Aun así, nos matizaron con algunas reflexiones la opinión sobre estas mujeres que asistían los partos sin tener formación. Varias de las opiniones fueron muy positivas: "No era matrona, no tenía estudios pero tenía mucha experiencia práctica (...) No era matrona titulada, aprendió el oficio de su suegra a base de experiencia práctica. Concretamente, de la partera del pueblo se tenía buena opinión (...) En realidad, en Algar de Palancia no eran comadronas. Eran señoras voluntarias que no cobraban y que lo hacían por ayudar (...) Aunque no tenían carrera se confiaba en

ella por necesidad. Era la única que nos podía ayudar (...) Eran mujeres dispuestas a trabajar para ayudar a las vecinas a cualquier hora y sin cobrar nada. Eran mujeres con mucha experiencia (...) En el pueblo no había matronas. Había un grupo de mujeres del pueblo que se decía que 'entendían de partos' (...) Era la que más sabía de todas las del pueblo y siempre la llamaban y vivía bien porque no le faltaba de comer ni de vestir jamás (...) Aquí no había comadrona, solo parteras y mujeres que nos ayudábamos". Pero también encontramos alguna opinión muy desfavorable: "Las comadronas estaban muy bien vistas entre la gente. Sin embargo, las que asistían los partos sin tener estudios no eran valoradas y se hablaba de ellas con críticas. Recuerdo que las llamaban 'las guarrillas' y asistían a las mujeres que no tenían Seguridad Social".

Llamada			Llegada		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
teléfono	20	18,9	vehículo propio	2	1,9
ir a su casa	83	78,3	taxi	3	2,8
otros	3	2,8	marido o familiar	32	30,2
Total	106	100,0	andando	66	62,3
			ns	3	2,8
			Total	106	100,0
Confianza			Experiencia		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
sí	91	85,8	sí	102	96,2
no	15	14,2	no	4	3,8
Total	106	100,0	Total	106	100,0
Ayuda			Opinión de la parturienta		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
sí	91	85,8	seguridad	81	76,4
no	10	9,4	ánimos	10	9,4
ns	5	4,7	me asustaba	5	4,7
Total	106	100,0	cariñosa	9	8,5
			ns	1	,9
			Total	106	100,0
Opinión de la sociedad					
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
prestigio	15	14,2			
cariñosa y amable	4	3,8			
autoridad partos	18	17,0			
aficionada	20	18,9			
respetables y respetadas	38	35,8			
costumbre	11	10,4			
Total	106	100,0			

Tabla 5.- La matrona como profesional

En las tablas 6a y 6b, mostramos los resultados obtenidos bajo el título 'El parto en casa'. Nos propusimos conocer, a través de los recuerdos de las mujeres encuestadas, los aspectos relacionados con el acto de parir en el domicilio. Dos de las preguntas hacían referencia al *material utilizado* por la matrona en el parto. Las matronas tituladas solían disponer de un *maletín* donde llevaban su propio instrumental –tijeras, pinzas, porta-agujas, jeringas de cristal, agujas, gasas, guantes, paños limpios, medicación- y el contenido del mismo no era una preocupación propia de la parturienta. Veintiocho mujeres (26,4%) contestaron que la matrona acudió con su maletín, veintinueve (27,4%) al hablar del material recordaron lo que es una evidencia –las tijeras para cortar el cordón umbilical de la criatura-. Curiosamente, veintiocho mujeres (26,4%) dijeron que la persona que las atendió –fuera profesional o fuera una aficionada- no utilizó ningún material. Esta respuesta la hemos interpretado como que no hizo falta realizarle ninguna episiotomía, ni realizar una sutura –hubiera habido o no desgarro-. La siguiente pregunta hacía referencia a la denominada '*caja tocológica*' que contenía gasas, alcohol para el cordón, vendaje a modo de faja para colocar alrededor del ombligo de la criatura, el cordonete⁴⁷⁸, polvos de azol⁴⁷⁹ y, en algunos casos, una especie de pico de tela que se utilizaba para pesar a los bebés en una romana, cuya dispensación

⁴⁷⁸ El *cordónete* se instauró a partir de los años 50 y era el hilo de seda trenzada que estaba sumergido en una solución alcohólica dentro de un frasco.

⁴⁷⁹ El principio activo de los polvos de azol es Sulfanilamida y está indicado para la cicatrización de las heridas superficiales. Está en desuso en la mayoría de países porque puede producir sensibilización de la piel (dermatitis) y carece de la suficiente potencia antiséptica para evitar posibles infecciones.

no fue generalizada en todas las poblaciones. Treinta y cinco (33%) de las encuestadas afirmaron que en su parto no recibieron ninguna caja de la farmacia. Otras treinta y cinco mujeres (33%) sí que habían recogido la caja en la farmacia pero había sido abierta por la matrona en el momento del parto y no sabían cuál era el contenido de la misma. Otro 33% de la muestra supo decir con más precisión el contenido de esta ayuda que se recibía por pertenecer al Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Hemos tenido dificultades a la hora de clarificar qué era la llamada 'Caja Tocológica' y cuál era su contenido. Sabemos de su existencia por los testimonios recogidos en las entrevistas tanto a las matronas como a las mujeres que habían parido en esos años, pero también hemos constatado que no fue una prestación que llegara sistemáticamente a todas las mujeres de parto. Parece ser que cuando la gestante realizaba una visita al tocólogo en los últimos meses de embarazo se le ofrecía una receta. De este modo, unos días antes o cuando comenzaba el parto, la misma mujer, miembros de la familia o del vecindario se presentaban en la farmacia para retirar la caja que se guardaba precintada hasta el momento de su utilización. Esta se llevaba como algo prestado y cuando la devolvían tenían que abonar lo que se había utilizado. Podemos afirmar que en las aldeas, en los pueblos con pocos habitantes o en pueblos alejados del área urbana no hubo disponibilidad de esta cobertura de material sanitario.

Preguntamos a las mujeres cuáles fueron las *medidas higiénicas* que se mantuvieron durante su parto. La mayor parte de las encuestadas (69,8%) no olvidaron nombrar en primer lugar el agua hervida: "Me pidió agua caliente que la hervimos en una olla y la pusimos en una palangana. Después me lavó mis partes", "Recuerdo que la comadrona pidió platos con alcohol para acalorar la habitación y agua hervida para lavarse y arreglar al recién

nacido". Además de esto, veintisiete mujeres (25,5%) respondieron que la persona que le asistió se lavaba con frecuencia las manos con agua y jabón y en ocho casos (7,5%) añadieron que utilizó algún antiséptico o guantes: "La matrona después de lavarse las manos se ponía alcohol". Fueron veintiocho (26,4%) las que al hablar de la higiene se pronunciaron en cuanto a la importancia de tener alguna toalla y ropa de cama limpia: "Antes del parto siempre teníamos preparadas sábanas y toallas limpias".

En cuanto a la *analgesia* que había recibido durante la dilatación, noventa y una de las encuestadas (85,8%) no recordaban haber tenido ninguna: "Me dolió mucho porque era un parto seco y los partos secos te destrozan los riñones (...) Nada. Apenas me quejé. Había que ser fuerte y ya está. La comadrona me decía que yo era muy fuerte (...) Nada. Allí te tomabas una aspirina si te dolía y ya está. Yo no me tomé nada". Cinco de las entrevistadas (4,7%) nos refirieron que les habían proporcionado alguna infusión para relajarse: "Mi suegra me preparaba una infusión de hierbas. No sé, ella había tenido cinco hijos y sabía lo que podía calmarme un poco (...) Tenía una cuerda atada a la cama para poder liberar la tensión" (...) Me dieron un pañuelo para que lo mordiera". Seis de las mujeres (5,7%) recordaban que les habían administrado alguna inyección: "Me puso una inyección en el culo que servía para aliviar el dolor del parto y para adelantarlo (...) Sí, pero no sé lo que era. Yo no le pregunté porque confiaba plenamente en ella" y cuatro (3,8%) habían utilizado una mascarilla con algún gas que sirvió para mitigar el dolor: "Me dio una mascarilla con cloroformo o algo parecido (...) Me pusieron una careta con anestesia pero no sé lo que era". Estas mujeres que habían recibido algún fármaco o gas analgésico correspondían

con las mujeres que afirmaron tener algún seguro o que su parto había sido privado.

En el domicilio no era habitual restringir *la movilidad* de la parturienta. Setenta y cuatro mujeres (69,8%) estuvieron caminando o sentadas durante la dilatación: “Mientras podía iba caminando, pero cuando llegaba el dolor fuerte me cogía a las rejas de la ventana (...) Primero estuve sembrando puerros porque era la época de plantarlos y como ya sabíamos que iba a tardar mucho en parir por lo largo que había sido el otro, primero había que acabar el trabajo en la huerta (...) Estaba lavando ropa hasta que los dolores fueron muy fuertes. Mandé avisar a la comadrona y mientras, seguí haciendo la faena de la casa hasta que ella me dijo que me metiera en la cama porque estaba a punto de parir y lo tuve enseguida (...) Yo estuve andando y haciendo cosas hasta que las contracciones eran bastante fuertes. Entonces me metí en la cama hasta que nació porque en la cama estaba mejor”. Treinta y dos (30,2%) prefirieron permanecer en la cama mientras tenían contracciones: “Hice vida normal, hice la cena, cenamos, me acosté y me dormí. Me desperté a las cinco con dolores fuertes y parí muy pronto (...) Estuve en la cama todo el tiempo porque las contracciones me despertaron por la noche mientras dormía. Cuando las noté más seguidas, mandé llamar a doña Ana y parí también en la cama”.

Al preguntar sobre la *persona que había estado presente* en su parto, catorce (13,2%) de las entrevistadas respondieron que solamente estaban ella y la matrona. alguna de ellas, como hemos comentado anteriormente, parió sola porque el parto fue rápido: “Solo estaba mi hija que tenía diez y ocho meses. El parto fue tan rápido que cuando mi marido llegó a casa con mi madre, yo ya había dado a luz”. En otros casos, aunque el marido estuviera presente en la casa no era habitual que presenciara el parto:

"Estábamos ella y yo solas. Los maridos no estaban presentes y las mujeres solteras tampoco, pero sí que se les dejaba estar en casa para hacer o traer lo que se les pidiera (...) En la habitación de al lado estaban mi marido y mis hermanas". En otras ocasiones la matrona estaba asistiendo otro parto y no acudió hasta que terminó de asistir a la parturienta anterior o porque vivía en alguna aldea algo distante del pueblo y aunque se avisó a la matrona, cuando esta llegó el parto ya se había producido. En ocho casos (7,5%) el parto había sido presenciado por una vecina: "Mi vecina Francisqueta me ayudó mucho. Mi marido entraba y salía, pero no se quedaba allí". Cuarenta de las encuestadas (37,7%) contaron con la presencia y el apoyo de su madre: "En el pueblo no había matrona. Mi marido fue a casa del médico a avisarle y estaba de viaje. Cuando volvió ya había nacido el niño y me sacó las secundinas [placenta]. En el parto me había ayudado mi madre (...) En el parto estuvo mi madre, además de la comadrona". En treinta y dos (30,2%) casos las parturientas habían estado acompañadas por hermanas, cuñadas o tías. La presencia del marido en el momento del nacimiento solamente se constató en doce (11,3%) de las ciento seis encuestas realizadas. Durante los años de nuestro estudio, los padres de la criatura solían estar en la casa ocupándose de disponer de lo que se le pidiera o cuidando de otros hijos si los tenían, siempre y cuando pudieran ausentarse de su trabajo. Pero no era habitual que presenciaran el parto.

Para la asistencia al parto las matronas adaptaban el *escenario* que se encontraban en las casas de las parturientas de modo que se pudiera facilitar la asistencia. Estos son los recuerdos de algunas de las mujeres entrevistadas que nos hacen imaginar la creatividad de la que hubo que hacer acopio en alguna situación: "Puso una tabla debajo de la cama y encima una sábana limpia (...) Como parí en la mesa del comedor la comadrona tapó las

sillas, los muebles y la mesa con sábanas limpias (...) Colocaron una especie de plásticos en la cama para proteger el colchón, toallas blancas para secar al recién nacido, agua caliente para bañarlo, aunque si tenía mucha grasa no lo bañaban porque pensaban que la grasa le servía de alimento al bebé hasta que se enganchara al pecho (...) Para el parto pusimos un plástico debajo y sábanas y toallas limpias (...) Para el parto se ponía una silla encima de la cama, se le daba la vuelta y el respaldo servía para que las mujeres nos apoyáramos, estábamos acostadas en la cama pero inclinadas por el respaldo (...) Mandó hervir agua, colocó una sábana limpia en la cama, se lavó las manos con agua hervida y con un jabón especial que habíamos comprado antes por indicación suya. Ella hirvió todo el material que llevaba: tijeras, jeringuilla de cristal, agujas (...) Lo tuve entre medio de dos sillas, mi marido poniéndome las manos en la tripa sujetándola. Sentada en la silla. Y las otras dos sillas a los lados, que no sé cómo no me caí... Igual que ahora. ¡Madre mía!”.

Instrumental			Caja tocológica		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
ns/nc	21	19,8	ns/nc	35	33,0
ninguno	28	26,4	más completa	35	33,0
tijeras y pinzas	29	27,4	poca cosa	1	,9
maletín	28	26,4	no hubo caja	35	33,0
Total	106	100,0	Total	106	100,0

Higiene			Acompañamiento		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
ns	4	3,8	nadie	14	13,2
agua hervida	39	36,8	marido	12	11,3
antiséptico	8	7,5	familiares	32	30,2
lavado con jabón	27	25,5	vecina	8	7,5
ropa limpia	28	26,4	madre	40	37,7
Total	106	100,0	Total	106	100,0

Analgesia			Posición		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
nada	91	85,8	sentada	12	11,3
infusión	5	4,7	caminando	62	58,5
inyección	6	5,7	acostada	32	30,2
mascarilla	4	3,8	Total	106	100,0
Total	106	100,0			

Tabla 6 a.- El parto en casa

En la tabla 6b seguimos analizando la muestra en los aspectos relacionados con la realización de los partos en el domicilio. Respecto a la *ingesta* no había limitaciones. Cincuenta y cinco mujeres (43,4%) tomaron líquidos -infusiones y caldo-: “Me ofrecieron agua y todo tipo de líquidos, pero no me apetecía (...) En mi casa bebía infusiones y cosas así que me preparaba mi madre”, seis (5,7%) tomaron chocolate –tópico extendido que afirmaba que las contracciones eran más seguidas tras su ingesta-: “Mi madre me dio chocolate caliente porque decía que así los dolores serían más fuertes y pariría antes”, seis (5,7%) habían tomado una comida ligera y tres (2,8%) afirmaron que habían realizado su comida normal incluso durante la dilatación. Sin embargo, casi la mitad (48,1%) habían permanecido en ayuno hasta después del parto porque las contracciones hacían que no tuvieran deseo de tomar ningún alimento por si vomitaban, hecho que, como sabemos, se produce con frecuencia en muchos partos. Por lo que al chocolate respecta, aunque no se sabía cuál era el mecanismo de actuación de este alimento, actualmente podemos afirmar que en el caso del dolor, las endorfinas⁴⁸⁰ liberadas después de su consumo actúan sobre los receptores en el cerebro para reducir la percepción de este dolor y causar analgesia.

Aunque la ingesta posterior al parto no entraba dentro de las prioridades de nuestro estudio, fueron muchas las entrevistadas que quisieron hacer explícitos sus recuerdos sobre la alimentación que siguieron. Era una costumbre –sobre todo en las zonas rurales- matar una gallina al día siguiente del parto para hacer un buen caldo y que la parturienta fuera recuperando

⁴⁸⁰ Las endorfinas son péptidos opioides endógenos que funcionan como neurotransmisores. Los produce la glándula pituitaria y el hipotálamo. Producen efectos similares a los opiáceos en su efecto analgésico.

fuerzas: "Estuve en cama unos cinco días a base de caldo de gallina (...) Mis hermanas me habían preparado puchero de partera. En aquella época pasabas el embarazo y los días después del parto tomando caldo de gallina".

De todas las encuestas analizadas, solo a treinta y una mujeres (29,2%) se les *suturó* el desgarro: "Recuerdo que me cortó un poquito y me cosió a carne viva y más tarde los puntos se me cayeron solos (...) Me desgarré bastante. Recuerdo que la matrona estuvo bastante tiempo cosiéndome después del parto (...) Sí que me cosió porque era muy grande y como no quería salir, me hizo un buen corte". En setenta y cinco casos (87,8%) o no hubo desgarro o la profesional que atendió el parto consideró que no era necesaria la sutura del mismo, porque éste era muy leve y podía cicatrizar correctamente sin necesidad de realizarla.

Cuando el parto se producía en el domicilio era habitual la *visita* de la matrona durante los días siguientes. Solo diez y nueve mujeres (17,9%) no recordaban que la matrona hubiera vuelto a pasar por su casa. De las ochenta y siete (82,1%) que sí que tuvieron visita puerperal refirieron que la matrona se ocupaba de los cuidados sanitarios tanto de ella misma -vigilar la tensión arterial, vigilar el sangrado, curar la herida si había recibido sutura, revisar las mamas para comprobar si se estaba produciendo la subida de la leche, etc...-, como de la criatura recién nacida -peso, higiene, cura del cordón umbilical y valorar si se cogía bien al pecho-. Las mujeres entrevistadas lo verbalizaron de la siguiente manera: "Durante dos días vino a verme, me miraba los puntos y me los curaba con unos polvos que llevaba en el maletín. También bañaba y veía al niño (...) Cuando vino a mi casa a verme al día siguiente me apretó la barriga para que salieran coágulos y vigiló lo que sangraba (...) Cuando vino a las visitas los días después del parto me palpaba el vientre y me colocaba una toalla bien prieta

alrededor de la barriga sujeta con dos ganchillos (...) La semana después del parto venía todos los días hasta que a la niña se le cayó el ombligo, me miraba el útero, me ponía una toalla estilo faja y me miraba los puntos. Después arreglaba a la nena (...) Para la tripa [el cordón] se hacía un cordón con hilo retorcido y se le ponía unas gotitas de limón en los ojos (...) Para arreglar el cordón se utilizaba una especie de cuerdecita con hilo retorcido que habíamos hecho y la habíamos hervido (...) Las tijeras las habíamos dejado en alcohol la noche de antes y habíamos preparado hilos hervidos en agua para el cordón (...) Me vigilaba el útero para ver si estaba contraído, me miraba las mamas y vigilaba la forma de colocarme a la niña, me hacía lavados genitales con Llantén⁴⁸¹ (...) Los días después del parto me ayudaba a darle de mamar, le curaba al niño el ombligo cambiándole la faja todos los días y a mí me puso una toalla apretada en el vientre durante cuatro días (...) Vino a verme ocho días hasta que a la niña se le cayó el cordón. Me tocaba la tripa, miraba lo que sangraba y la herida. Visitaba a la niña y me tomaba la tensión. Comprobaba lo que había comido y cómo estaba de ánimo (...) Venía a casa y me ayudaba con el niño. Pesarlo, bañarlo, curarlo... y también me ayudaba a mí con el pecho. Controlaba que el niño mamara bien, me miraba la tripa y me ayudaba a lavarme mis partes ya que no te dejaban bañarte de cuerpo entero hasta que pasaban cuarenta días. Pero yo igual me bañé, porque me daba asco... (...) Me ayudó mucho a darle de mamar porque yo tenía uno de los pezones plano y no me aclaraba”.

⁴⁸¹ El llantén es una planta que crece en terrenos secos y en lugares no cultivados. Se utiliza el resultado de la cocción porque tiene efectos antiinflamatorios y cicatrizantes.

De nuestra muestra, el 91,5% de las mujeres dio *lactancia materna* a sus hijas e hijos. Esta alta prevalencia tuvo sus propias particularidades, algunas de las cuales pasaremos a ejemplificar con los testimonios aportados por nuestras informantes. En algún caso se puso de manifiesto algún tópico: "Al recién nacido se le daba manzanilla hasta la subida de la leche. Solo pude darle dos meses porque fui a la playa, me metí en el agua se me cortó la leche". Otros testimonios nos confirmaron los escasos conocimientos sobre la lactancia materna de que disponían los profesionales, tanto matronas como médicos, respecto al tema en cuestión: "Solo puede darle un mes porque me salieron grietas en los pezones y tuve que suspender la lactancia (...) Solo le di de mamar dos meses porque no engordaba y no paraba de llorar. Así que me dijeron que le llevara a Madrid a un médico que atendía a los niños pobres. Me dijo que mi leche era mala y que le diera para comer leche condensada con agua rebajada. Luego, aquí en el pueblo no había, así que le dábamos harina de trigo que me tostaba el panadero y le añadía agua (...) A los cuatro meses dejé de darle de mamar porque me había quedado otra vez embarazada (...) Le di de mamar solo tres meses porque tuve una mastitis. Después le di Pelargón (...) Empecé dándole de mamar pero aumentaba poco y a los tres meses empecé a darle biberón y se me fue la leche (...) Le di de mamar solo tres meses porque en aquella época traían leche de América y mi madre me decía que le diera esa leche a mis hijos". También aportamos el testimonio de una mujer que parió en una zona rural y tuvo problemas ocasionados por retención de leche: "Vino la matrona durante quince días porque tenía quistes. Pero venía con otra mujer. Después de darle yo de mamar a la niña, la otra mujer me sacaba la leche que sobraba chupando, vamos como si estuviera mamando. Esta otra mujer se dedicaba a ayudar a las que tenían este tipo de problemas con las

mamas". Desde hace varias décadas las personas que nos dedicamos profesionalmente al parto tenemos evidencias científicas y hemos comprobado en nuestra experiencia asistencial que las grietas en el pezón se corrigen modificando la postura y no se desaconseja el amamantamiento. Tampoco es creíble el hecho de que bañarse en la playa pudiera hacer que disminuyera la cantidad de leche. Sabemos que la producción y el mantenimiento de la lactancia están relacionados con la frecuencia de la succión y el correcto vaciamiento de ambos pechos. También se sabe que es muy poco probable que la calidad de la leche de la madre no sea adecuada para su cría. Hay bebés más delgados que otros, pero eso depende de las características genéticas del neonato. Solo en el caso de que la madre estuviera desnutrida o inmunodeprimida podríamos tomar en consideración dicha proposición. Los conocimientos actuales permiten mantener la lactancia en el otro pecho cuando se produce una mastitis hasta que se haya resuelto el problema y también hacen que cuando se producen retenciones de leche porque no se ha vaciado bien la mama, se recomiende el vaciado con sacaleches para que no se formen quistes.

También preguntamos sobre el *peso* del bebé a sabiendas de que era difícil que recordaran con exactitud una cifra de hace tantos años. No era tanto el conocimiento del peso lo que nos interesaba, sino conocer el método por el cual se había determinado esta magnitud. Así, llegamos a los comentarios que hacían las mujeres entrevistadas y reproducimos algunos de ellos: "Cuando el niño nació dijo que todo estaba bien, que debía pesar aproximadamente 2700 g, pero que seguramente le faltaba una o dos semanas más (...) A la semana de nacer el niño pesaba 5 kg en la farmacia del pueblo (...) Lo pesamos ya vestido en una romana (...) La nena pesó 3 kg y 3 patatas medianas (...) La niña pesaba 5 kg y el niño dijo la matrona que 'lo normal'. Entonces no

se pesaban, era a ojo de la matrona (...) Dos días después lo pesamos y pesaba 5 kg". Por tanto, podemos concluir que algunas matronas que asistían los partos en el domicilio disponían de una *romana* muy rudimentaria donde se podía determinar el peso de la criatura; en otros casos el bebé se pesaba pasados los días, cuando la madre podía llevarlo a una farmacia; y en muchos otros casos, la matrona hacía una aproximación del peso y así se lo indicaba a los padres, que daban credibilidad a lo que había emitido la profesional.

De las 106 encuestas realizadas sobre los partos a domicilio solo hizo falta llamar al *médico* en el 24% de los partos. Respecto al motivo por el cual se requirió la presencia del mismo los resultados fueron los siguientes: En ocho partos (7,5%) fue necesario utilizar instrumentación, en aquellos años el instrumento utilizado era el fórceps: "Vino porque no salía la cabeza, así que me metieron las palas esas y sacaron al niño 'que nació muerto'. Lo tiraron a una cama y luego al rato lloró, nació con la cabeza muy deformada. Mi tía dijo que se la vendáramos, pero la matrona dijo que no (...) Vino el médico porque tuvo que cortarme y sacarlo con fórceps. Después él me cosió". En aquellos años cuando había que utilizar los fórceps había que hervirlos ya que era el único método del que disponían para mantener la higiene: "Cuando vino el médico mandó traer unas palas de hierro del consultorio porque el niño no salía. Cuando los trajeron, los cocieron en una cacerola, pero aun así a mí me parecían mugrientos". En nueve partos (8,5%) el desgarro fue suficientemente importante como para requerir la presencia del médico para la sutura del mismo: ""Vino el médico porque tuve un desgarro y la matrona no cosía (...) Al día siguiente vino el Dr. Fuentes a coserme el desgarro que se había hecho"; en dos partos (1,9%) se produjo tras el parto una hemorragia que superaba la pérdida normal en un parto y que

hacía suponer que el útero no se había contraído con normalidad: “El parto fue por la tarde pero luego por la noche no paraba de sangrar. Mi madre estuvo toda la noche cambiándome las sábanas y yo cada vez me sentía más débil, me encontraba muy mal. Cuando se lo dijimos a la matrona me dio un apretón en el útero y dijo que llamaran al médico. Cuando llegó, mandó salir a todos de la habitación y me palpó con mucha fuerza la tripa, durante un rato hizo que salieran muchos coágulos y los vaciaba en un cubo. Tardé más de seis meses en recuperarme”; en uno de los partos (0,9%) hubo una retención de la placenta y se llamó al médico para que realizara una extracción manual de la misma. En 6 casos (5,6%) el médico realizó una visita en los días posteriores porque había fiebre y tuvo que tratar la infección de la parturienta o porque la criatura presentaba algún problema y prefirieron consultarlo con el profesional: “Vino en cuanto le avisó la comadrona. Me reconoció y luego se olió la mano. Yo creo que porque había infección (...) Llevaba más de un día con la bolsa rota y después del parto me subió mucho la fiebre y tuvieron que llamarlo”.

Ingesta			Sutura desgarro		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
nada	51	48,1	sí	31	29,2
líquidos	40	37,7	no	75	70,8
caldo o chocolate	6	5,7	Total	106	100,0
comida ligera	6	5,7			
comida normal	3	2,8			
Total	106	100,0			

Visita puerperal			Cuidados puerperio		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
si	87	82,1	higiene madre	7	8,0
no	19	17,9	sanitarios	76	87,4
Total	106	100,0	ayuda en casa	4	4,6
			Total	87	100,0

Llamada al médico			Motivo de la llamada		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
sí	26	24,5	instrumentar	8	7,5
no	80	75,5	desgarro importante	9	8,5
Total	106	100,0	hemorragia	2	1,9
			retención placenta	1	,9
			problemas recién nacido	3	2,8
			infección	3	2,8
			Total	26	24,5

Tabla 6 b.- El parto en casa

Al inicio de la década de los setenta del siglo pasado el panorama de los nacimientos cambió sustancialmente. La construcción de enormes hospitales en la mayoría de las ciudades españolas y la extensión de la cobertura sanitaria pública a la mayoría de las familias favorecieron esta transformación sin precedentes en la asistencia de los partos. Este acontecimiento vital que había formado parte de la esfera íntima y del espacio físico privado de las mujeres pasó a desenvolverse en el ámbito aséptico de los paritorios españoles.

Consideramos que era relevante conocer como habían valorado la irrupción y generalización del parto en el hospital las mujeres que habían tenido alguno de sus partos en casa. Podemos afirmar que, en general, el cambio se percibió como algo positivo en términos de *seguridad* tanto para ellas mismas como para sus criaturas. Algunos de los testimonios que confirman esta idea los transcribimos con sus propias palabras: "Pues si hay problemas hay médicos que también pueden ayudar, porque mi hijo nació morado y casi asfixiado y podría haber sido peor (...) En mi segundo parto ya fui al hospital, tenía cuarenta y un años y me dio más seguridad (...) Yo pensé que era bueno porque tenías la seguridad de que el bebé iba a estar muy bien atendido (...) Pensé que sería mejor para evitar los riesgos de un sangrado o tener que ser asistida cuando el niño ya había salido. Sería una mejor atención para nosotras (...) Me pareció mejor porque en los hospitales hay más higiene y hay médicos por si pasa cualquier cosa (...) Que iba a dejar de ser tan peligroso y ante un problema grave, la atención sería inmediata (...) Pensé que, por fin, el parto no sería tan largo y no pasaríamos tanto dolor (...) Me di cuenta de que era un avance porque no se sufriría tanto, ya que tenían otros remedios para el dolor. Además habría más control de los médicos (...) Al principio me sorprendió porque

siempre había sido en casa, pero cuando dijeron que era para que menos mujeres murieran y menos niños fueran retrasados, pues me alegré". No obstante, hubo algún testimonio que nos transmitió el *miedo* que habían sentido al principio, como ante cualquier cambio de una situación que hasta entonces estaba totalmente arraigada: "Yo pensé que las mujeres estaríamos mejor atendidas. Hacía solo unos meses que habían abierto el Hospital General de Castellón y algunas mujeres ya iban a parir allí. Pero aunque tenía algo de miedo de que algo se complicara y tuvieran que trasladarme a mitad de parto, decidí quedarme en casa. Para el siguiente parto en 1976 ya fui al hospital (...) Yo desde luego pensé que era mejor, pero la forma de pensar de antes era que el parto tenía que ser en casa. El médico te hacía un volante para que fueras al hospital llegado el momento. Pero, en general, las mujeres no iban. Sobre todo en los primeros meses después de abrir el hospital".

También fueron muchas las mujeres que lo valoraron positivamente, pero añadiendo a la seguridad otra variable importante, la *comodidad* y el *descanso* para ellas mismas. Estos son algunos de sus comentarios: "Además, a diferencia de los otros que tuve en casa, los días que estuve en el hospital pude descansar tranquila y acostada. Mis hijos se los quedaron mi suegra y mis cuñadas. En los otros partos en casa, casi el mismo día ya estabas cocinando, limpiando y cuidando de los otros (...) Desde luego se había progresado porque estabas mejor atendida en el hospital (...) Me pareció un adelanto para las mujeres porque allí nos atendían dándonos comida, lavándonos y otras cosas (...) A mí, lo que me preocupaba era tener que dejarme a mi hija en casa. Además que con el parto se ensuciaba mucha ropa y después había mucho trabajo de limpieza tras un parto y si no tenías quien te echara una mano era muy complicado (...) Tuve

tres hijos en casa y la cuarta en el hospital porque ya tenía Seguridad Social. Lo recuerdo como muy doloroso, pero mucho más cómodo porque no había que lavar todas las sábanas y la ropa en el lavadero del río (...) Yo creo que fue un gran adelanto. Así no teníamos que preparar tantas cosas ni lavar luego tanto. Así nos quitábamos faena para después del parto”.

Hubo algunas de las entrevistadas que resaltaron la *profesionalidad* de las personas que les habían atendido en el hospital y lo contrastaron con la atención que habían recibido anteriormente de las aficionadas: “Al principio no quería ir porque me daba un poco de miedo y porque no lo hacía casi nadie, así que fui cuando me obligaron. Pero cuando parí en el hospital noté la gran diferencia, mayor profesionalidad de la comadrona del hospital que con la partera en casa y mejor atención en todos los sentidos. Se notaba que eran comadronas con estudios”.

Otras participantes en nuestro estudio tenían una opinión menos matizada, ya que valoraban tanto lo positivo como lo negativo de este cambio: “Pensé que era bueno porque daba mucha seguridad. Pero tampoco me gustó nada como se hacían las cosas porque estaba atada, me pusieron correas y me pusieron en el potro que era muy incómodo (...) Mis dos partos siguientes fueron en el hospital y tuvo su cosa buena y su cosa mala. La buena es que me dijeron que mi parto iba a ser largo y me dieron una pastilla para acelerarlo y fue muy rápido. Pero lo malo es que después del parto tienes que compartir la habitación con otra mujer que no conoces y todo el mundo va a verte cuando es lo que menos te apetece. Además, con la subida de la leche me dio fiebre y no me apetecía nada estar en el ambiente del hospital (...) Tuve dos partos después en el hospital y pienso que mejor por la tranquilidad de que si pasa algo, ya estás allí que hay aparatos y todo lo necesario. Pero a mí no me gustaba nada porque las

comadronas eran distintas y yo no las conocía de nada (...) En el hospital había menos intimidad para la mujer pero daba tranquilidad por si el bebé tenía algún problema (...) Mi primer hijo lo tuve en el hospital porque parecía muy pequeño y cuando me puse con dolores, el médico del pueblo me mandó allí. Los dos siguientes los tuve en casa con la comadrona y como todo estaba bien, no se planteó que fuera al hospital. La verdad es que si hay problemas, para solucionarlos es mejor en el hospital. Pero si no, donde mejor se está es en casa”.

Hubo varias de las encuestadas que seguían relacionando el parto en el hospital con la *presencia de problemas*, como había sido hasta entonces: “Pues pienso que el hospital está bien para quien lo necesita. Yo los parí todos en casa menos el cuarto y tuve que ir al hospital porque el parto no venía bien (...) Yo ya no tuve más hijos y no tuve que ir al hospital, pero sé que cuando se iba al hospital era porque había algún problema y el médico lo indicaba (...) Como cuando se trasladaba a una mujer al hospital era porque algo iba mal, cuando los partos empezaron a asistirse en los hospitales no estábamos acostumbradas y nos alarmábamos mucho cuando veíamos irse a alguna mujer (...) Yo conocía a la comadrona porque habíamos hablado con ella. Cuando me puse de parto mi marido fue a buscarla y todo fue bien. Tuve otro parto más y también lo hicimos de la misma manera y lo tuve en casa porque entonces solo se iba a la clínica cuando se preveía alguna complicación y el médico así lo recomendaba”.

Alguna de las encuestadas cuando se produjo su parto vivía en poblaciones que estaban demasiado alejadas del hospital más próximo y los medios de transporte no eran fáciles de conseguir, por lo tanto tuvieron *dificultades*. Así nos lo hicieron saber: “Yo pienso que todo cambio para mejor es bueno. Aunque en nuestro caso, el hospital más cercano a Don Benito estaba en Mérida. Aquí

solo había Casa de Socorro y al médico solo se le llamaba para cosas muy graves (...) No me gustó la idea porque el hospital de Ponferrada estaba muy lejos y por mala carretera. En invierno no se podía llegar y siempre había que estar pendiente de un taxi. Mi hija parió con diez y siete años en el taxi intentando llegar a Ponferrada. Luego las ingresaron a ella y a la nena”.

Por último, también tenemos que resaltar que fueron muchas las opiniones que, entendiendo que el hospital ofrecía más garantía de seguridad ante la aparición de problemas, quisieron dar testimonio de su propia realidad, es decir, de cómo habían vivido ellas con *satisfacción* su parto en casa: “Mi primer parto fue en el hospital y lo pasé tan mal que los dos partos siguientes los tuve en casa. Aunque me parece que el hospital por higiene y por seguridad es mejor (...) Me pareció bien el cambio al hospital, aunque yo he tenido muy buena experiencia en casa (...) Me pareció muy bien la idea del hospital porque pensé que así se evitaría que los bebés y las madres sufrieran o murieran. Pero con el paso del tiempo me he dado cuenta de que en el hospital también pasan desastres. Yo en casa tuve muy buena experiencia (...) Son cosas que se hacen de manera distinta en cada época. Yo no fui al hospital y la opinión que tengo es la de mis partos en casa y es muy buena (...) Mi segundo hijo nació en 1970 y la gente ya iba a parir al hospital, así que yo también fui. Cuando llegué parí en quince minutos y no me dio tiempo a nada porque al día siguiente ya estaba en casa. Tengo mejor experiencia del primero porque lo viví más tranquila y relajada en mi casa y no como el segundo, del que no recuerdo a la matrona, ni lo que pesó mi hijo. Fue una experiencia más fría y no tan agradable como en el primero (...) Más asistencia habrá en el hospital, pero la confianza y lo a gusto que se está en casa no lo da el hospital. Yo soy de las de casa (...) Yo pienso que cuando iba algo mal, la comadrona

llamaba al médico. Por tanto yo me sentía segura en casa (...) Yo prefiero el parto en casa. El segundo fue en 1971 y volví a llamar a la misma comadrona por la confianza que le tenía. El hospital me asustaba porque yo no había ido nunca (...) Mi tercer hija ya la tuve en el hospital. Lo que yo pensaba es que ojalá existieran los medios también para asistir los partos en el domicilio. Yo no lo dudaría y pariría en casa. En el hospital eres una más, no se reconoce el momento tan importante por el que estás pasando. Y en tu casa toda la familia y los vecinos y amigos están pendientes de lo que pasa”.

5.2. Mujeres que parieron en el hospital

También hemos querido recoger la voz de las mujeres que dieron a luz en el hospital durante los años de nuestro estudio a partir de una muestra de ciento cuarenta y tres casos recogidos en una encuesta que se realizó -como en el caso de las que habían parido en casa- entre los años 2004-2007.

La encuesta⁴⁸² contiene 44 de ítems a partir de los cuales hemos podido construir una tendencia sobre la evolución de los cuidados del embarazo y sobre cómo se produjo el parto entre 1970 y 2000.

Las encuestas se realizaron en el propio domicilio de las mujeres cuando éstas tenían más de 45 años y/o eran personas conocidas de la entrevistadora. El resto se desarrolló en los Centros de Atención Primaria del Departamento de Salud La Fe a los que las gestantes acudían para el control de su segundo o tercer embarazo. Algunas fueron pasadas a las propias madres de

⁴⁸² Encuesta diseñada por la autora de este trabajo. Ver Anexo 3.

las residentes de la especialidad de matrona, ya que por su edad reunían los requisitos para ser consideradas objeto de estudio. En todos los casos era indispensable establecer un ambiente de empatía que facilitara la comunicación y que al mismo tiempo favoreciera la reflexión sobre las vivencias previas de las mujeres encuestadas. El hecho de que fueran realizadas por una matrona – la autora de esta tesis-, o por enfermeras en periodo de especialización hizo más fácil este proceso y las propias mujeres percibieron –y así nos lo hicieron saber- que se estaba creando una relación de ayuda entre profesionales y usuarias.

En cuanto a los factores que contemplamos para la elección de la muestra tuvimos en cuenta la facilidad de acceso a las mujeres, lo que nos permitiría obtener datos, tanto de las que hubieran parido en el hospital La Fe como de otras que lo hubieran hecho en otros hospitales del resto del Estado, puesto que contábamos con la aportación de las residentes que procedían de distintas ciudades o pueblos del territorio español y realizaron las entrevistas a mujeres de su familia para interesarse por el transcurrir de sus partos, lo que contribuyó a su aprendizaje sobre el pasado reciente de la asistencia al parto.

Los criterios de inclusión fueron tener más de 25 años, haber parido en un hospital y, por último, estar dispuesta a colaborar voluntariamente. Los datos se recogieron entre septiembre del 2004 y junio del 2007.

En primer lugar analizamos los datos sociodemográficos. Los resultados se muestran en la Tabla 7. La edad de las entrevistadas osciló entre 26 y 84 años, con lo que se obtuvo una media de edad de 46,45 años en la muestra. Quisimos saber cuántas de las mujeres encuestadas tenían o habían tenido un trabajo remunerado y cuantas se mantenían en el rol tradicional de ‘amas de casa’. Casi el 57% de la muestra trabajaba fuera de casa

y el 41,3 se ocupaba de 'las labores del hogar'. En cuanto al lugar donde se había producido el parto, en el 24,5% había sido en el hospital La Fe, el 28% había acontecido en alguno de los distintos hospitales comarcales de las provincias de Valencia, Castellón o Alicante, el 32,9% habían tenido lugar en un hospital de otra provincia del estado, pero con características similares al hospital maternal La Fe. Por último, un 14,7% había dado a luz en un hospital comarcal de otra provincia española. El estado civil de las mujeres en el momento de realizar la encuesta era mayoritariamente (93%) de casadas, un 2% de divorciadas y un 4,2% de viudas. Solo una de las entrevistadas estaba soltera. En lo referente al nivel de estudios, tanto de la mujer como de su pareja, obtuvimos los siguientes datos. El hecho más significativo respecto a las mujeres que habían parido en el hospital fue que el 30,8% de la muestra de madres entrevistadas tenía estudios universitarios, algo impensable en las que lo habían hecho en el domicilio. Otro dato destacable es que solo en un caso la mujer declaró no haber realizado ningún tipo de estudios. Algo similar encontramos en los datos referentes a los estudios de la pareja. El porcentaje más elevado (36,4%) son los que poseen estudios universitarios, seguidos por los que declararon tener estudios primarios (32,9%). Estos porcentajes se nos antojan explicativos del cambio que se produjo en nuestro país en los últimos treinta años del siglo pasado. El nivel de vida de la población había mejorado lo suficiente para que las familias pudieran plantearse la educación de los hijos (y las hijas) con el objetivo de que éstos mejoraran el nivel de ingresos que habían tenido sus padres, al tiempo que la formación universitaria les impulsaría al ascenso social convirtiéndoles en profesionales que trabajarían por cuenta propia o ajena. En cuanto a la ideología, aunque la respuesta era voluntaria, todas respondieron. Esto muestra que la ciudadanía de

nuestro país tiene interiorizada la situación de libertad en cuanto a su orientación política, lo que contrasta con las mujeres más mayores –las que habían tenido a sus criaturas en la casa donde vivían-, de las cuales un 43,4% no quiso pronunciarse al respecto y prefirió adscribirse al ítem no sabe/no contesta. Nuestros resultados muestran un equilibrio entre las dos tendencias planteadas ya que un 49% de las encuestadas se identificaron políticamente como personas progresistas y en un 51% lo hicieron como conservadoras.

Otro de los fenómenos demográficos relevantes para nuestro estudio es el del número hijos que tuvieron cada una de las mujeres entrevistadas entre los años 1971-2000. Los datos los separamos en dos grupos: el de las mujeres entre 25- 40 años y el de las mujeres de más de 40 años. En cuanto a las primeras, el 57,7% de la muestra solamente ha tenido un hijo/a, mientras que fueron el 9,6% de la muestra las que tuvieron 3 o más hijos. Los resultados son totalmente distintos en las mujeres que tienen más de 40 años ya que se seguía el patrón antiguo respecto al número de hijos que tenía cada pareja. Así encontramos una fertilidad más elevada entre estas personas más mayores entre las cuales el 5,5% tuvieron un solo hijo/a. El 40,7% de la muestra respondió que había tenido dos hijos y el porcentaje más elevado fue el de las mujeres que contestaron que habían tenido tres o más de tres hijos/as representando el 53,8% de nuestra muestra. Para estas mujeres tener descendencia era algo 'natural' y se consideraba que las hijas y los hijos eran una especie de seguro para la vejez, ya que les cuidarían cuando no pudieran valerse por sí mismas. Pero el factor más decisivo guarda una estrecha relación con la despenalización del uso de los métodos anticonceptivos a finales de 1978. Solo a partir de entonces se pudo controlar con métodos

fiables el número de hijos e hijas que las mujeres españolas deseaban tener.

Profesión			Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	59	41,3	soltera	1	,7
trabaja fuera	81	56,6	casada	133	93,0
jubilada	3	2,1	divorciada	3	2,1
Total	143	100,0	viuda	6	4,2
			Total	143	100,0
Ideología			Lugar del parto		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
progresista	70	49,0	valencia ciudad	35	24,5
conservadora	73	51,0	valencia provincia	40	28,0
Total	143	100,0	otra ciudad	47	32,9
			otra provincia	21	14,7
			Total	143	100,0
Estudios			Estudios de la pareja		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
primarios	58	40,6	primarios	47	32,9
secundarios	32	22,4	secundarios	34	23,8
FP	8	5,6	FP	9	6,3
universitarios	44	30,8	universitarios	52	36,4
sin estudios	1	,7	sin estudios	1	,7
Total	143	100,0	Total	143	100,0
Número de hijos por grupo de edad					
		Número de hijos			Total
		1	2	3 o más	
menor de 40	Frecuencia	30	17	5	52
	Porcentaje	57,7%	32,7%	9,6%	100,0%
40 o más	Frecuencia	5	37	49	91
	Porcentaje	5,5%	40,7%	53,8%	100,0%
Total		35	54	54	143
Edad					
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media Desv. típ.
Edad	143	58	26	84	46,45 13,139

Tabla 7.- Variables socio-demográficas de los partos hospitalarios

En la siguiente tabla (8) analizaremos las características de los partos agrupándolos en dos períodos. El primero comienza en 1971 con la institucionalización de los mismos y termina en 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad que introdujo una visión democrática articulando medidas que llevaron a la modernización del sistema de salud. Por un lado introduciendo el derecho de toda la ciudadanía a la protección de la salud y por otro, permitiendo el traslado de competencias en materia sanitaria a las distintas Comunidades Autónomas. El segundo período comienza en 1987 y termina en el año 2000, aunque los fenómenos más significativos en cuanto a la posibilidad de que se produzcan cambios en el Sistema de Salud ocurren unos años antes. Fue el 28 de mayo de 1995 cuando los resultados electorales dieron el triunfo al Partido Popular que, por primera vez, ganaba en Valencia unos comicios autonómicos. Esta etapa de gobierno del partido conservador se afianzó tras las elecciones generales de marzo del año siguiente, que habían sido convocadas de manera anticipada por el presidente González cuando su socio de gobierno, Convergencia i Unió, había roto el pacto de legislatura y no pudieron aprobarse los presupuestos de ese año. El PSOE que se había mantenido en el gobierno de la nación durante trece años tuvo que ceder el poder al Partido Popular, siendo su líder en aquel momento José María Aznar que fue investido presidente del gobierno con el apoyo de los nacionalistas de CIU en mayo de 1996.

Haciendo referencia a la finalización de los partos tenemos que señalar que el número de éstos que terminaron siendo normales, es decir por vía vaginal y sin instrumentación, es muy similar en ambos períodos representando el 87,7% en el primero y el 66,7% en el segundo. Sin embargo, observamos un incremento en el número de partos instrumentados, ya sean con fórceps, con

vacuum o con espátulas en el segundo período respecto del primero, siendo del 7,1% y del 4,6% respectivamente. Este aumento es mucho más significativo cuando analizamos el número de trabajos de parto que terminaron en cesárea, que pasó de un 2,6% en el primer período a un notable 16,7% en el segundo período. Estas cifras difieren de los datos recogidos en el Hospital La Fe que sitúan en un 10,97% en el año 1986 el porcentaje de cesáreas realizado y el 25,13% en el año 2000. Esta controversia viene determinada por el número de nuestra muestra (143 mujeres), ya que el número de nacimientos que se asistieron en el Maternal de La Fe durante el año 1986 fue de 9599 y en el 2000 de 4834, con lo cual al ser un número tan reducido el de partos analizados (237), el resultado difiere en cuanto a porcentajes absolutos. No obstante, podemos apreciar que el incremento se sitúa en los dos casos –tanto en los datos de partos del Hospital La Fe como en los recogidos en nuestra muestra- en torno a un crecimiento de 14,16% en el primero y a un 14,1% en el segundo.

El siguiente factor analizado es la aparición de problemas en el puerperio. De los 195 nacimientos recogidos en nuestra muestra durante la etapa de 1971-1986, registramos 17 casos de complicaciones que se produjeron en las horas o días siguientes al parto. En 5 casos se produjo una molestia relacionada con la sutura de la episiotomía o con una infección de la misma en el caso de un parto instrumentado, en otros 5 el problema se presentó debido a malestar relacionado con la instauración de la lactancia, en 4 apareció una hemorragia, en 2 hubo infección urinaria y en uno de los casos el problema fue la presencia de un hematoma que remitió con medidas físicas y farmacológicas. Todos ellos requirieron asistencia médica. En el segundo período (1987-2000) las mujeres relataron solamente en 3 casos la aparición de problemas, refiriendo que dichas molestias estaban

relacionadas con la sutura de la herida, con estreñimiento y con la presencia de hemorroides.

Analizaremos ahora el tipo de lactancia en los dos períodos. En el primero (1970-1986) el 71,5% de las madres dieron lactancia materna y el 28,5 % se inclinaron por la lactancia artificial. Durante esta época las industrias farmacéuticas relacionadas con la alimentación infantil experimentaron un auge importante y los profesionales (matronas, ginecólogos y, sobretodo, pediatras) fomentaron el consumo de estos productos asegurando que de este modo las madres podían estar seguras de la cantidad de leche que tomaban sus bebés. Para las madres este tipo de decisión se relacionaba con seguir las pautas más modernas de alimentación, al tiempo que las liberaba de tener que ser ellas las que, inexcusablemente, se ocuparan de la lactancia de sus criaturas. En 1956 se había creado La Liga de la Leche, que promueve y apoya la lactancia materna con un estilo de crianza que valora la maternidad. Es miembro de organizaciones no gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la OMS. Es miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA). Lo cierto es que tardó casi treinta años en que se difundiera su trabajo en nuestro país.

En el segundo período (1987-2000) la lactancia materna fue la que eligieron la mayoría de las madres, llegando al 87,9% en los resultados de nuestra muestra frente al 10,3% de las mujeres que se inclinaron por criar a sus bebés con lactancia artificial.

De nuestra muestra, el 65% de las madres habían dado a luz en un hospital público y el 35% en una clínica privada. Respecto a las primeras, de un total de 93 mujeres que parieron en la asistencia pública 58 habían sido atendidas por matronas exclusivamente (63%), por la matrona y el ginecólogo 13 mujeres

(14,1%) y solo por el médico (22,8%). Como sabemos, en los hospitales públicos los partos que no presentan problemas en su evolución son atendidos por las matronas y en el caso de que haya que instrumentar el parto, la dilatación es acompañada y asistida por una matrona y en el momento del parto es el médico especialista el encargado de aplicar las espátulas, el vacuum o el fórceps. En el caso de mujeres que ya tenían indicada una cesárea por motivos maternos o fetales diagnosticados durante la gestación, al estar poco tiempo en dilatación acompañadas por una matrona, las mujeres refirieron haber sido atendidas por el médico. Los resultados fueron distintos en las mujeres que habían parido en una clínica privada. Aquí el protagonismo deja de ser de la matrona porque las mujeres que eligen un médico privado lo hacen para tener la seguridad de que van a ser atendidas en su parto por el profesional escogido. Por tanto, el 30,6% declaró que su parto había sido asistido por el médico. Solo en el caso de que el parto hubiera evolucionado muy rápidamente y no hubiera dado tiempo a que el médico llegara, o cuando la gestante había elegido a la matrona para asistir su parto por una relación familiar o de mucha amistad, el parto había sido atendido por la matrona (10,2%). En el 57,1% de las encuestas las mujeres respondieron que su parto había sido atendido por una matrona y un ginecólogo, dando importancia al hecho de que habían estado acompañadas durante las horas de dilatación por la matrona y en el momento del parto había acudido el médico solo para atender el período expulsivo.

Parto (periodo 1970-86)			Parto (periodo 1987-00)		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
normal	171	87,7%	normal	28	66,7%
instrumentado	9	4,6%	instrumentado	3	7,1%
cesárea	5	2,6%	cesárea	7	16,7%
muerte fetal o aborto	10	5,1%	muerte fetal o aborto	4	9,5%
Total	195	100,0%	Total	42	100,0%

Problemas puerperio (1970-86)			Problemas puerperio (1987-00)		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
hemorragia	4	23,5%	sutura	1	33,3%
sutura	5	29,4%	estreñimiento	1	33,3%
lactancia	5	29,4%	hemorroides	1	33,3%
infección	2	11,8%	Total	3	100,0%
hematoma	1	5,9%			
Total	17	100,0%			

Lactancia materna (1970-86)			Lactancia materna (1987-00)		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
natural	128	71,5%	natural	35	89,7%
artificial	51	28,5%	artificial	4	10,3%
Total	179	100,0%	Total	39	100,0%

Centro donde tuvo lugar el parto					
	hospital público	clínica privada	domicilio	hospital militar	Total
Frecuencia	92	49	1	1	143
Porcentaje	64,3	34,3	0,7	0,7	100

Profesional que atendió el parto					
	matrona	médico	matrona y ginecólogo	ayudante ginecólogo	Total
domicilio	1	0	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
clínica privada	5	15	28	1	49
	10,2%	30,6%	57,1%	2,0%	100,0%
hospital público	58	21	13	0	92
	63,0%	22,8%	14,1%	,0%	100,0%
hospital militar	1	0	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	65	36	41	1	143

Tabla 8.- Características de los partos

En la tabla 9 exponemos los resultados referidos a la opinión de las mujeres encuestadas sobre factores relacionados con el nacimiento. En primer lugar analizamos el conocimiento que tenían sobre mitos relacionados con la gestación, el parto o el puerperio. Con las respuestas obtenidas elaboramos diferentes categorías en las cuales pudimos encuadrar las creencias transmitidas de generación en generación. De las trece categorías, seis estaban relacionadas con el sexo del futuro recién nacido, tres con la evolución del parto, dos con la lactancia materna y dos con la supuesta evitación de problemas en el recién nacido. El 28% de nuestras informantes no había oído hablar de ningún mito. Entre los más conocidos por las que si habían oído hablar de alguno destacan los que hacían referencia al conocimiento del sexo del bebé. Estos fueron: "la forma del abdomen" (14%), "pirosis" (11,9%), "si la madre está guapa" (7%), "la posición durante el coito" (4,2%), "el juego de la medalla" (2,8%), "uno de los pechos es más grande" (0,7%). Respecto a la evolución del trabajo de parto los mitos conocidos fueron: "dar vueltas a la catedral para tener un buen parto" (2,8%), "evitar la epidural porque puede producir parálisis" (1,4%) y "llevar puesta una cruz para evitar el mal de ojo" (0,7%). Solo dos de las creencias que las mujeres conocían estaban relacionadas con la lactancia: "beber cerveza para tener más leche" (0,7%) y "si se da de mamar salen arrugas" (2,1%). Por último, encontramos dos de los mitos que procuraban evitar problemas o malformaciones en el hijo o hija que tenía que nacer: "si no se cumplen los antojos nacerá con manchas" (21%) siendo el más conocido por las mujeres entrevistadas y "hay que comer por dos" (2,8%). No obstante, tenemos que destacar que ninguna de las mujeres se había visto influenciada por los mitos que habían escuchado, ya que pensaban que eran creencias sin

ningún tipo de fundamento científico y producto de la falta de conocimientos de la población de más edad.

El siguiente tema que preguntamos fue con qué información habían llegado al parto producto de los comentarios de otras mujeres, bien fueran de su familia, amigas, vecinas o compañeras de trabajo. También aquí agrupamos las diferentes respuestas en varias categorías. El 77% de la información transmitida por otras mujeres se refería a los asuntos del parto en negativo: "es muy doloroso" (38,5%), "en cuanto llegues pide la epidural" (23,8%), "las contracciones se hacen insoportables" (7%), "si aprendes a respirar bien notas menos el dolor" (4,9%) y "cuando sube la leche el dolor es muy intenso" (2,8%). Solo el 23% restante reconoció haber recibido comentarios positivos: "es una experiencia inolvidable" (16,1%), "es algo muy rápido" (4,9%) y, por último, al 2,1% de las encuestadas les habían hablado sobre "cuando acudir al hospital".

La atención que les prestó la matrona durante el parto fue otra de las preguntas realizadas. Queríamos saber el recuerdo que guardaban de la matrona que había prestado sus cuidados profesionales durante sus partos hospitalarios. El 88% de las mujeres entrevistadas respondió a la encuesta con una opinión entre buena y muy buena. El 12% restante no quedó satisfecha con la atención recibida y la calificó como regular (7%), mala (2,1%) y muy mala (2,8%).

La última pregunta que hicimos en la encuesta fue que nos hablaran del motivo por el cual les parecía el hospital la mejor opción para su parto. Las respuestas más destacables son las que expondremos a continuación. El 79,1% de las mujeres argumentaron motivos que tenían que ver con la seguridad por su propia vida y/o por si surgían problemas que podían poner en riesgo la de su criatura. Un 18,9% de las encuestadas respondió

que lo que le había parecido más relevante eran los cuidados que se recibían en el hospital por la matrona.

Conocimiento de mitos					
mito		Frecuencia	Porcentaje		
ninguno		40	28,0		
antojos tocar donde no se ve		30	21,0		
forma abdomen sexo		20	14,0		
pirosis sexo		17	11,9		
guapa niño		10	7,0		
posición coito sexo		6	4,2		
comer por dos		4	2,8		
vueltas catedral buen parto		4	2,8		
juego de la medalla sexo		4	2,8		
lactancia materna más arrugas		3	2,1		
epidural parálisis		2	1,4		
ojo y pecho derecho mayor niño		1	,7		
llevar una cruz evita mal de ojos		1	,7		
beber cerveza más leche		1	,7		
Total		143	100,0		

Información sobre el parto			Valoración matrona		
		Frecuencia	Porcentaje		
dolor		55	38,5	buena	71
epidural		34	23,8	muy buena	54
contracciones		10	7,0	regular	10
dolor subida leche		4	2,8	muy mala	4
respiración		7	4,9	mala	3
experiencia inolvidable		23	16,1	Total	143
algo muy rápido		7	4,9		100,0
cuando acudir hospital		3	2,1		
Total		143	100,0		

Por qué prefiere parir en el hospital		
	Frecuencia	Porcentaje
seguridad	58	40,6
por si hay problemas	55	38,5
por cuidados	27	18,9
no había alternativa	2	1,4
por movilidad	1	,7
Total	143	100,0

Tabla 9.- Valoración de las mujeres

En la última tabla quisimos reflejar los resultados de las diferencias entre los dos períodos en los cuales dividimos nuestro estudio (1977-1986/ 1987-2000) respecto a algunos parámetros que pensamos que podrían haberse modificado. Unos por *el avance de la propia tecnología*, como son la realización de ecografías para el control de la gestación o la administración de la analgesia epidural como técnica más utilizada para la eliminación del dolor durante el parto; otros como resultado de la información de tipo formal que las matronas empezaron a ofrecer a las gestantes desde la *consulta de atención primaria* y desde los *cursos de educación maternal*, que hicieron que las gestantes fueran personas con más capacidad para elegir y tomar sus propias decisiones con respecto a la experiencia del parto; también quisimos comprobar en nuestra muestra si se había producido algún cambio en el número de meses que las madres criaban a sus bebés con lactancia materna. Los resultados los presentamos a continuación en la siguiente tabla.

		N	Media	Desviación típ.	comparación de medias		
					valor de t	gl	p-valor
n_controles	periodo 1970-86	67	4,30	1,834	-6,405	88	0,000
	periodo 1987-00	23	7,00	1,446			
n_ecos	periodo 1970-86	67	0,51	1,460	-9,523	88	0,000
	periodo 1987-00	23	4,22	1,999			
m_lact	periodo 1970-86	129	4,72	3,810	0,399	162	0,690
	periodo 1987-00	35	4,43	3,965			

Tabla 10.- Comparación de medias para los controles, ecografías y meses de lactancia

La Tabla 10 muestra el resultado de los test de la t de Student para comparar las medias del *número de controles*, del *número de ecografías* y los *meses de amamantamiento*, en cada uno de los dos periodos temporales en los que se ha dividido la muestra. Tanto los controles como las ecografías muestran diferencias entre ambos periodos, sus p-valores son menores que 0,001. Por el contrario los meses de lactancia no muestran diferencias entre ambos periodos.

Las Tablas 11 a 14 recogen la clasificación cruzada (tabla de contingencia) del *tipo de analgesia*, el *respeto a las sugerencias recibidas*, el *tipo de información recibida* y el *o la profesional que la proporcionó* con respecto a los dos *periodos temporales* establecidos. Se pretende contrastar la hipótesis de no asociación entre estas variables y el periodo temporal. El test adecuado para ello es un test de la χ^2 calculado a partir de las anteriores tablas de contingencia. La Tabla 15 resume el resultado de los cuatro test, deduciéndose de ella que en todos los casos existe una clara asociación entre las parejas de variables. En qué consiste dicha asociación: la analgesia epidural está claramente asociada al periodo 87-00, mientras que la mezcla lítica lo está al periodo anterior; el respeto a las sugerencias fue mayor en el periodo 87-00 que en el periodo 70-86; la información sobre cuidados generales se ofreció en mayor medida en el segundo periodo mientras que en el primero predominó la información sobre el desarrollo del parto; por último, la información fue proporcionada en mayor medida por la matrona durante el periodo 87-00, sin embargo fue el ginecólogo quién la ofreció en mayor medida durante el primer periodo.

		periodo 1970-86	periodo 1987-00	Total
mezcla lítica	Frecuencia observada	61	6	67
	Frecuencia esperada	51,3	15,7	
epidural	Frecuencia observada	1	13	14
	Frecuencia esperada	10,7	3,3	
Total		62	19	81

Tabla 11.- Tipo de analgesia según periodo

		periodo 1970-86	periodo 1987-00	Total
si	Frecuencia observada	16	19	35
	Frecuencia esperada	26,1	8,9	
no	Frecuencia observada	25	2	27
	Frecuencia esperada	20,1	6,9	
no hubo sugerencia ...	Frecuencia observada	26	2	28
	Frecuencia esperada	20,8	7,2	
Total		67	23	90

Tabla 12.- Respeto a las sugerencias según periodo

		periodo 1970-86	periodo 1987-00	Total
cuidados generales	Frecuencia observada	35	20	55
	Frecuencia esperada	40,9	14,1	
desarrollo parto	Frecuencia observada	20	3	23
	Frecuencia esperada	17,1	5,9	
ninguna	Frecuencia observada	12	0	12
	Frecuencia esperada	8,9	3,1	
Total		67	23	90

Tabla 13.- Información recibida según periodo

		periodo 1970-86	periodo 1987-00	Total
matrona	Frecuencia observada	29	14	43
	Frecuencia esperada	33,7	9,3	
ginecólogo	Frecuencia observada	29	2	31
	Frecuencia esperada	24,3	6,7	
Total		58	16	74

Tabla 14.- Profesional que dio la información según periodo.

variable	χ^2	gl	p-valor
analgesia	45,0493	1	0,000
respeto	24,849	2	0,000
información	9,389	2	0,009
profesional	7,245	1	0,007

Tabla 15.- Resumen de los diferentes test de la χ^2 para las Tablas 11 a 14.

A modo de conclusión

La investigación realizada en esta tesis ha pretendido profundizar en los cambios experimentados durante la segunda mitad del siglo XX en un hecho fundamental en la vida de muchas mujeres, el parto, que ha influido de manera constante en el desarrollo de sus expectativas vitales. Y para ello nos hemos acercado a la realidad de nuestro sujeto de estudio: mujeres madres y mujeres matronas, tomando en consideración sus vivencias, su experiencia y su subjetividad.

La asistencia al parto estuvo durante siglos firmemente sustentada en el empirismo, esto es, en la observación y en la experiencia acumulada por asistir a las parturientas. Esta ayuda era prestada por las mujeres que tenían más iniciativa, y los conocimientos que poseían se iban transmitiendo de generación en generación, puesto que ese cometido estaba expresamente reservado a los ojos y las manos de las mujeres. A finales del siglo XV los Reyes Católicos promulgaron la Pragmática, que regulaba el ejercicio profesional de las matronas y ponía en manos del Real Tribunal del Protomedicato -una institución compuesta por hombres- la capacidad de examinarlas. Esta subordinación de las comadronas duró escasamente cien años y fue anulada por otra orden real. Sin embargo, a partir de entonces no hubo homogeneidad pues algunos Colegios de Médicos y Cirujanos las obligaban a superar una prueba para poder trabajar. Definitivamente, fue en 1750 cuando quedó regulada la formación y la manera de conseguir la titulación necesaria para el ejercicio profesional. A partir de entonces quedó clara la diferencia que

existía entre las matronas tituladas y las mujeres que, sin ninguna formación académica, se arriesgaban a asistir partos.

En el transcurso del siglo XVIII se produjo una gran fisura en este universo de la maternidad que hasta entonces había sido un espacio de presencia física femenina incuestionable. Un grupo de médicos varones, los cirujanos, que hasta entonces no habían gozado del respeto social de sus compañeros de profesión, lograron introducirse en el denominado arte de partear con varios argumentos: eran personas con formación académica, eran los autores de los libros que se utilizaban para la instrucción de las comadronas y además, cuando el parto se complicaba y el bebé no podía salir, ellos podían utilizar unos instrumentos que facilitarían la extracción: los fórceps. En nuestro país fue Clement el primer cirujano que asiste un parto en el año 1713: el de Luisa Gabriela de Saboya. En los partos de las mujeres de la monarquía la intervención de los cirujanos era de supervisión; por tanto, las comadronas perdieron su hegemonía y pasaron a estar controladas. Y, por el contrario, este hecho contribuyó a que se empezara a contemplar la posibilidad de la presencia masculina en los nacimientos, lo que marcó un antes y un después en el acto de parir.

Naturalmente, la confrontación estaba servida. Mientras la incursión de los médicos se limitó a intervenir en los partos de las mujeres de la monarquía, de la nobleza o de la burguesía adinerada, las comadronas continuaron gozando de su hegemonía entre la mayor parte de la población, debido a que eran pocas las personas que estaban en disposición de pagar la presencia de un médico. Pero, conforme estos fueron necesitando ampliar su clientela comenzaron a desprestigiar el trabajo que hasta entonces habían desempeñado las comadronas y dejaron de lado en sus comentarios la experiencia de estas mujeres; pericia de la que

ellos adolecían. A lo largo de los años ambos colectivos llegaron a un pacto implícito: los médicos dejaron de injuriar a las comadronas tituladas y éstas se sometieron a la autoridad de los médicos que tenían una titulación superior, puesto que las comadronas -y las mujeres- habían estado excluidas de la universidad. Paralelamente, las matronas les transmitieron los conocimientos que les habían reportado horas y horas al lado de las mujeres en trabajo de parto.

A mediados del siglo XIX se produjo la regulación académica de las matronas mediante la Ley de Instrucción Pública. A partir de entonces se estableció el acceso al estudio en las Facultades de Medicina para las aspirantes al título de matrona. Los médicos vieron que peligraba con ello su hegemonía y también podían mermar con ello sus ingresos económicos y no dudaron en expresar públicamente ignominiosos comentarios para desacreditar a estas profesionales. El decreto de libertad de enseñanza de 1868 permitió que la docencia pudiera ser impartida en academias privadas acreditadas, aunque los exámenes debían realizarse en las Facultades de Medicina. En estas academias impartieron clases algunas matronas y tenemos referencias de que, al menos, una de ellas escribió un texto que sirvió de apoyo a la docencia, hecho inusual hasta entonces en nuestro país. A finales de siglo se produjeron dos acciones relevantes. Se inició la publicación de dos revistas dirigidas por matronas en las cuales expresaban sus inquietudes laborales y profesionales, así como su opinión en cuanto a la equiparación de los derechos de las mujeres. La segunda es que a través de las páginas de estas revistas se inició la lucha por la colegiación que no se conseguiría hasta el primer tercio del siglo XX.

A continuación vamos a exponer las conclusiones obtenidas tras la realización de esta investigación dando respuesta a los objetivos planteados.

- Analizar las reacciones de los obstetras del Hospital Maternal La Fe ante la implantación del nuevo Plan de Estudios de la especialidad de matrona en las tres primeras promociones.

Los cambios trascendentales que sentaron las bases de la realidad que hoy conocemos, comenzaron a tomar forma ya en la década de los años cincuenta, la formación académica de las matronas experimentó cambios importantes. Hasta 1953 era una carrera de dos años de duración que se cursaba independiente de las de practicante o enfermera. Como requisitos previos había que tener superado el bachillerato elemental y una asignatura llamada Fisiología e Higiene.

En Valencia, la formación teórica la impartían el catedrático de obstetricia y algún ayudante, en alguna pequeña aula de la Facultad de Medicina que estaba ubicada en el Hospital General de Valencia de la calle Guillem de Castro. La práctica clínica se realizaba en la sala de maternidad del mismo hospital, pero no existían criterios sobre el cometido de estas estudiantes, por lo cual cuando terminaban su formación tenían escasa experiencia en la asistencia al parto.

A partir de 1957 se produjo un cambio importante en el Plan de Estudios. Cuatro años antes se habían unificado las llamadas carreras auxiliares sanitarias bajo la denominación de ATS. A partir de entonces, estas pasaron a tener una duración de tres años, con lo cual los estudios de matrona se convirtieron en una especialidad que duraba un año más, y era exclusiva para las

ATS femeninas. Las clases teóricas se impartían, como anteriormente, en la Facultad de Medicina por algunos de los especialistas de la cátedra de obstetricia y ginecología y las prácticas se hacían en el Hospital Clínico que estaba anexo. La especialidad de Asistencia Obstétrica (matrona) contaba con un ambicioso programa teórico que abarcaba la anatomía, la fisiología y la patología del aparato genital femenino y el desarrollo del parto, tanto normal como patológico. Así mismo, se regulaba el número de prácticas y la exigencia de haber realizado un mínimo de cien partos.

En 1977 se publicó una Real Orden mediante la cual las escuelas de ATS, que hasta entonces se consideraban de Grado Medio, pasaron a integrarse en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería. En 1987 se procedió al cierre de las Escuelas Oficiales de Matronas por incumplimiento de las Directivas Comunitarias de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a la formación de las matronas.

En 1992 se aprobó con carácter provisional el programa de formación y se establecieron los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso a la obtención del título de enfermero-especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). A partir de 1993, con una periodicidad anual se convocan plazas para cursar la especialidad, a las cuales se accede mediante un examen de ámbito estatal. El sistema seguido es el de E.I.R. (Enfermero Interno Residente), y la primera promoción inició sus estudios en 1994. Las actividades docentes y asistenciales constan de 3.600 horas a lo largo de dos años, lo que permite adquirir un perfil competencial ajustado a las directrices que emanan de la Confederación Internacional de Matronas y de la

Unión Europea. Comprende todas las competencias que han de alcanzar para poder desempeñar su trabajo en cualquier institución del Sistema Nacional de Salud, siempre adaptándose a la evidencia científica disponible y a las demandas de la sociedad actual, que reclama profesionales mucho más implicadas en las facetas preventivas y de promoción de salud de la mujer. Del total de horas, entre un 60-70% se dedican a la formación teórica y el 30-40% restante a la práctica asistencial. El cambio más importante de este nuevo Plan de Estudios lo constituye la introducción en el mismo de un módulo docente específico de Investigación, así como el requisito de haber realizado un trabajo de investigación y la exposición de los resultados del mismo en un acto público. Con ello, se ha producido un incremento sustancial de las publicaciones en revistas científicas y la presentación de numerosas comunicaciones en Congresos nacionales e internacionales de matronas.

- Averiguar las consecuencias resultantes para las matronas en el tránsito de pasar de atender los partos en los domicilios a realizarlos en una institución sanitaria.

A mediados del siglo veinte, con la aparición de los grandes hospitales y la inclusión de la asistencia al parto dentro de la cartera de servicios, este pacto no escrito entre médicos y matronas del que hablábamos en párrafos anteriores se institucionalizó. A partir de la década de los setenta del siglo pasado, en las maternidades hospitalarias se reprodujo la jerarquía que ya existía en las familias. La autoridad máxima en las casas españolas la ejercía el padre y en las unidades hospitalarias era el médico el que estaba destinado a dirigir todos los procesos.

Incluso los que discurrían en personas sanas, como era el caso de las mujeres de parto. Esto se produjo en un contexto de cambio social, donde las mujeres comenzaban a ocupar el espacio del trabajo remunerado y podían aplicarse los avances científicos que empezaban a despuntar. En este escenario, fueron los obstetras los que re-formulando argumentos pasados consiguieron situar a la biología de la mujer, imperfecta según sus razonamientos científicos, como el motivo que justificaba la doble subordinación de éstas: como mujeres de parto y como profesionales de la asistencia al mismo.

Se construyó una sólida teoría que re-afirmaba la fragilidad del cuerpo de las mujeres en el ámbito reproductivo y para solucionar esta imperfección se debían aplicar los conocimientos de los que más sabían: los médicos. El acto de parir se institucionalizó y el acto asistencial se sustentó en la medicalización del mismo y en la intromisión del saber médico en un proceso normal del ciclo vital. Esto trajo consigo un modelo de relación vertical y jerárquica. Tanto entre profesionales y usuarias, como entre obstetras y matronas. En ambos casos las mujeres quedaban subordinadas a la autoridad del obstetra.

En nuestra investigación nos hemos ocupado de profundizar en las circunstancias de un colectivo profesional, las matronas, y en el amplio conjunto de cambios que hubieron de experimentar —tanto en su desempeño profesional como en su realidad personal y familiar como mujeres—, durante la segunda mitad del siglo veinte. Lo primero que tenemos que destacar es que se trata de un grupo singular, ya que estuvo formado durante los años de nuestro estudio exclusivamente por mujeres. Pero la particularidad principal viene determinada porque ejercían una profesión cualificada y ocupaban el espacio público, mientras que la mayor parte de las mujeres todavía permanecían en el domicilio para

ocuparse de su familia o mayoritariamente trabajaban en actividades no cualificadas como la asistencia doméstica. Este hecho hizo que fueran mujeres avanzadas para su época, con la seguridad que proporciona tener una formación académica y disponer de un salario mensual.

Pero no podemos -ni queremos- hacer una lectura idílica de las matronas en general. Al contrario, hemos pretendido problematizar al máximo el análisis de nuestro objeto de estudio. Como en cualquier grupo de personas, entre sus miembros hemos encontrado una gran pluralidad interna, con personas que se han mostrado marcadas por el androcentrismo imperante en nuestra sociedad. De este modo, han aceptado el papel asignado a la mujer siendo condescendientes con las directrices marcadas por los varones obstetras. Esta obediencia al médico se ha simultaneado con la vocación de cuidado de los demás -por otro lado tan propia del estereotipo femenino-, adoptando un papel de cuidado paternalista hacia las mujeres que atendían. Pero también hemos encontrado muchas matronas que se han sentido comprometidas desde el principio de su vida laboral con la emancipación de las mujeres a las que acompañaban en el discurrir de su gestación y parto. También se han implicado con la defensa de las competencias propias de su profesión, entendiendo que éstas no podían ser usurpadas por los obstetras cuando se trataba de un parto que no presentaba problemas. Han acompañado a las mujeres que asistían durante el embarazo o el parto mostrando una actitud de apoyo, ayuda y respeto hacia las preferencias de las mujeres que atendían. Tienen confianza en la fisiología de los cuerpos femeninos y por ello, han defendido -unas veces abiertamente con enfrentamientos con los obstetras y otras, de manera velada- una actuación profesional que no alterara la

evolución de los partos siempre que el proceso haya estado exento de complicaciones.

Las matronas que habían atendido partos en el domicilio, más allá de la supeditación al médico –que por cierto ya tenían, aunque las condiciones materiales de su trabajo no la ponían de manifiesto más que cuando requerían su presencia por la complicación del parto-, cuando pasaron del parto domiciliario al sistema hospitalario mejoraron ostensiblemente en su situación profesional y personal. Comenzaron a percibir un salario fijo mensual que no dependía del número de partos que hicieran, sino del estricto cumplimiento de su jornada laboral. Por primera vez desde que se habían incorporado al ejercicio profesional como matronas dispusieron de las pertinentes jornadas de descanso y de las vacaciones reglamentarias. El hospital cambió positivamente sus condiciones de vida y de trabajo, por tanto, para estas mujeres su realidad vital mejoró objetivamente. Además, tan importante o más que lo anterior, hemos constatado que el tránsito al hospital significó una mayor tranquilidad profesional, una confianza en que las complicaciones que pueden presentarse en un parto, iban a ser más fácilmente abordables acompañadas como estaban por colegas, médicos, pediatras, quirófanos, incubadoras, etc...; en fin, por todo lo que un gran hospital aporta a la atención sanitaria.

Habían aceptado –eso también queda claro– la supremacía del discurso médico hegemónico asumido por la sociedad, interiorizando que eran ayudantes del obstetra.

En este tránsito de la realidad profesional de la casa de la parturienta al hospital no percibieron ninguna ofensa que propiciara un discurso de oposición, sino que lo entendieron como una adaptación ventajosa. El propio efecto homogenizador que el hospital provoca en las mujeres ingresadas –las mismas habitaciones, el mismo camisón-, con un nivel de confort idéntico,

permitía centrarse en la parturienta y en su parto, más allá de las contingencias domiciliarias, vinculadas siempre a la mejor o peor realidad socioeconómica familiar.

Como hipótesis de trabajo no explícita, debo confesar que esperaba encontrar en este grupo matronas combativas, que ofrecieran una resistencia a la pérdida de autonomía que habían sufrido al llegar al hospital y lo que realmente encontré fueron mujeres que solo se habían revelado en situaciones concretas: aquellas en las que ellas habían percibido como de abuso de poder en su contra o de franca incompetencia profesional por parte de los médicos. En su modesta rebeldía utilizaron distintas estrategias que les permitieron salir airoso de conflictos en los que su dignidad y su ética profesional podían resultar malparadas. También hicieron lo imposible por evitar cualquier tipo de encarnizamiento terapéutico que pudiera tener repercusiones indeseables para la mujer o para el feto, dando excusas creíbles que minimizaran lo que podía ser entendido como desobediencia de las órdenes médicas.

Nuestras matronas, como miembros de la sociedad en la que vivían, se adaptaron e interiorizaron el discurso científico hegemónico, y se acomodaron a la jerarquía hospitalaria ejerciendo el puesto que les correspondía en la misma según el modelo masculino de autoridad. Pero, como mujeres, siguieron practicando los atributos de género que les correspondían ofreciendo a las parturientas su empatía y su paciencia.

Sin embargo, todas constataron la deshumanización hacia las mujeres que se había producido en el cambio de la casa al hospital. Eran conscientes de que las mujeres habían perdido la confianza que antes tenían en la capacidad de parir de sus

cuerpos, habiéndose producido en ellas una especie de regresión como consecuencia de la dependencia del criterio médico.

Tenemos que destacar el importante papel que ejercieron estas matronas que desempeñaron su profesión en estos años en los que se transitó desde una asistencia al parto científica, pero pretecnológica, hasta la actual, excesivamente medicalizada e instrumentalizada. Heredaron de sus predecesoras una formación académica y reglada, pero asistiendo a las mujeres en su domicilio, y realizaron la transición al hospital demostrando que sus conocimientos eran adecuados para entrar a formar parte en los equipos obstétricos.

- Explorar los cambios producidos en la gestión del Hospital Maternal La Fe de Valencia desde 1971 hasta 2000.

El marco físico que ha centrado nuestra investigación sobre la institucionalización del parto es el Hospital La Fe de Valencia. En cuanto a la gestión realizada por las matronas que desempeñaron cargos de responsabilidad desde la inauguración del pabellón maternal en 1971 hasta 1996 podemos establecer tres etapas distintas. La primera responde a un esfuerzo para mejorar las condiciones en las que hasta entonces habían parido las mujeres, y la situamos desde 1971 hasta 1983. El propósito fue contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de mujeres y de recién nacida/os por factores relacionados con el parto. Las matronas dieron el paso desde el empirismo que sustentó la atención prestada en años pretéritos hasta la atención al parto basada en fundamentos científicos. Y la ciencia en la cual se habían formado, impartida por los obstetras, promovía una forma de atender la dilatación y el parto que pasaba por la intervención en el proceso,

por la administración de medicación para acelerar la dilatación y por la instrumentalización del período expulsivo para que fuera más rápido. Eran años de una natalidad elevada y de ese modo se acortaba el tiempo que las gestantes permanecían en las salas de dilatación.

Aceptaron de manera acrítica la jerarquización hospitalaria porque el sistema social así lo prescribía y porque de este modo lo habían aprendido durante su formación. Los obstetras que detentaban la mayor autoridad en el paritorio del Maternal de La Fe eran los profesores que habían impartido la formación teórica durante su especialización.

También pudieron advertir que del funcionamiento hospitalario se derivaban para ellas algunas ventajas. Si bien la pérdida de hegemonía las dejaba con menos autoridad profesional en el parto, también disminuía su responsabilidad en el caso de un mal resultado obstétrico. Además, pronto pudieron apreciar que dentro del escalafón hospitalario eran el segundo nivel de profesionales que tenían la posibilidad de ejercer un cierto grado de autoridad ante otros miembros del personal sanitario con menos cualificación. Este poder también era reconocido por las mujeres, que dependían de su actuación como matronas para que el parto fuera más o menos rápido y para que les administraran los medicamentos que podían atenuar el dolor producido por esas intensas contracciones ocasionadas por la oxitocina con el objetivo de acelerar el parto.

Tras la muerte del dictador y con el avance de la democratización, comenzaron a visibilizarse las opiniones de algunas profesionales que se situaban en la vanguardia de la política sanitaria y que cuestionaban el funcionamiento establecido, fundamentalmente, en cuanto a la falta de humanización que se había instalado en la asistencia sanitaria en aras de un elevado

nivel de seguridad. La implantación de una forma de trabajar protocolizada había dejado en segundo plano la individualidad de cada persona y había soterrado la capacidad de decisión de las mujeres sobre un proceso que hasta hacía pocas décadas, formaba parte del conocimiento ancestral de las mujeres de la especie humana: cómo sobrellevar mejor un parto.

La victoria del PSOE en las elecciones generales de 1982 fue el catalizador de los cambios que se produjeron a partir de entonces en el ámbito de la sanidad pública. La sociedad española en general y el grupo de matronas progresistas de La Fe pusieron todas sus expectativas en que los políticos socialistas iban a implantar una modificación sustancial del funcionamiento jerárquico y clasista que hasta entonces había prevalecido en las instituciones sanitarias. En 1983 se produjo el cese de la matrona que hasta entonces se había ocupado de la gestión del personal que trabajaba en el Hospital Maternal de La Fe y se nombró a un equipo liderado por una matrona significada por su militancia progresista, dando paso al segundo período.

El equipo nombrado implantó aspectos que fueron fundamentales para la humanización de la asistencia al nacimiento. Entre ellos podemos destacar la puesta en marcha la primera unidad de Educación Maternal en la asistencia pública valenciana. A la creación de este nuevo servicio le siguió la entrada de los padres al paritorio, que al principio fue solo en el momento del parto y poco a poco se amplió al acompañamiento de sus parejas durante la dilatación. Este equipo apostó firmemente por la democratización de la gestión, realizando asambleas informativas mensuales entre las personas que trabajaban en el pabellón maternal para dar a conocer las acciones realizadas.

También mantuvo una actitud firme –hasta beligerante– ante la dirección médica del hospital maternal, que no estaba dispuesta a dejar ni un ápice del poder que hasta entonces habían mantenido sobre todo y sobre todas las personas que trabajaban en dicho centro. Este aspecto fue el detonante de que un año después de iniciada su gestión, fueran cesadas por los mismos políticos que las habían nombrado y habían aprobado su proyecto de trabajo. Las profesionales progresistas que habían apostado por sentar las bases de un cambio estructural en la sanidad, sintieron por primera vez la decepción ante los políticos socialistas que ya desde el principio mostraron que no se iban a enfrentar abiertamente con el poder de los médicos.

El tercer período comenzó con el nombramiento de una matrona para la dirección de enfermería del hospital maternal que podríamos llamar *de enlace* entre los principios de la persona que había dirigido los destinos de las matronas de La Fe desde 1971 hasta 1983 y los de las matronas que habían formado el segundo equipo. Una matrona de talante moderado, que no quería plantear ningún enfrentamiento con los médicos y que aceptaba los cambios introducidos por el grupo anterior en cuanto al camino para humanizar la asistencia al parto. En 1986 se hizo la convocatoria de un concurso público para cubrir la plaza de matrona adjunta y cambió de nuevo el equipo de matronas. Los once años que transcurren hasta el final del periodo investigado en esta tesis están marcados por la democratización de la asistencia sanitaria que viene determinada por la aplicación de tres leyes importantísimas para la sanidad en general y para las mujeres en particular: la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo de 1985, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida de 1988.

Distintos equipos, liderados por matronas cercanas al PSOE serán los encargados de dotar del personal necesario las nuevas unidades con profesionales que no cuestionen su puesta en práctica. Se normaliza la presencia de los padres en la dilatación y en el parto, se consolida la unidad de Educación Maternal de La Fe convirtiéndose en el referente que tendrán las matronas cuando unos años más tarde pongan en marcha los grupos en Atención Primaria. Se empiezan a realizar las primeras interrupciones voluntarias de embarazo, con el consiguiente rechazo de las matronas más conservadoras que argumentan la objeción de conciencia. Se incrementa el número de partos prematuros y de partos múltiples como consecuencia de las técnicas de reproducción asistida.

Las matronas consiguen que los médicos del hospital maternal se acostumbren a respetar las parcelas de poder y de decisión que ellas gestionan. Estos, de mejor o peor grado, aceptan los cambios que se han producido en la sociedad, donde hay un reconocimiento de las ventajas de la educación maternal, impulsada, impartida y coordinada por matronas. Cuando al final de este tercer período comienza su formación la primera promoción de residentes de matrona, debido al enojo que les produce la pérdida de hegemonía a favor de las matronas -que pasarán a ser las responsables de la formación de sus residentes-, los obstetras del hospital maternal intentarán boicotear la especialidad. No obstante, se verán obligados a admitir que las matronas impartan buena parte de la formación teórica de las residentes, ya que ésta se ubica físicamente en la Unidad Docente de Matronas de la EVES. Sin embargo, ejercen su influencia en el ámbito de las prácticas clínicas, manipulando a las matronas más conservadoras para que se nieguen a asumir la responsabilidad de la formación práctica. Finalmente conseguirán que a esta oposición

también se unan la mayoría de matronas del paritorio. Los motivos que se aducen tienen dos puntos fuertes: la desprotección jurídica ante posibles denuncias de las que se derivarían perjuicios en los ámbitos civil o penal para las matronas y la ausencia de remuneración económica por la supervisión del aprendizaje de las residentes.

Dos años más tarde, comienza la segunda promoción de residentes de la especialidad y la actitud de las matronas del paritorio de La Fe ya ha cambiado. En primer lugar, porque queda claro que las residentes de matrona son especialistas en formación pero ya son enfermeras, con lo cual el Colegio de Enfermería cubre con un seguro de responsabilidad civil las denuncias que pudieran producirse. Del mismo modo, como enfermeras en formación están contratadas por el hospital y disponen del mismo seguro que la Generalitat Valenciana tiene contratado para todos los profesionales en nómina de la Consellería de Sanitat. En segundo lugar, porque las matronas son conscientes de que trabajan en un hospital universitario donde deben formarse las especialistas que posteriormente pasarán a formar parte de la plantilla. Y, además, recuerdan que ellas también se formaron de la misma manera. Queda un pequeño reducto de matronas que se sienten agraviadas porque estas nuevas promociones de especialistas universitarias se estén formando con el sistema EIR y estén contratadas como residentes, con lo cual perciben un salario. Este pequeño grupo, si bien de manera velada, no colaborará tampoco con las residentes durante la segunda y la tercera promoción.

- Realizar una aproximación a los cambios que experimentaron las mujeres que parieron en la segunda mitad del siglo XX.

En cuanto a las mujeres de parto, durante el espacio temporal que abarca nuestra investigación, encontramos cuatro situaciones distintas. La primera responde a la experiencia de vivir el parto en el propio domicilio; la segunda, la propia de la década posterior a la inauguración del maternal de La Fe; la tercera y la cuarta, corresponden a los años de la transición y la democratización de nuestro país, con los cambios en la política sanitaria que como consecuencia de ello se produjeron.

Respecto a las mujeres que parieron en su casa, después del análisis de las entrevistas realizadas, podemos hacer las siguientes consideraciones. La mayoría afirmó sentirse confiada con la matrona que la asistió. Solían ser personas conocidas en el pueblo o en el barrio, bien porque las había asistido en otro parto, o bien porque tenían referencias de ella a través de otras madres. Confiaban en su experiencia profesional, eran sabedoras de que estas matronas llevaban a sus espaldas años de trabajo y sabían que disponían de un título académico. Para ellas, la presencia y los cuidados de la matrona fueron una ayuda para sobrellevar la dilatación y el parto. Valoraban positivamente las recomendaciones, el apoyo y la tranquilidad que les transmitió la matrona que atendió su parto. Más de un setenta por ciento de las entrevistadas opinaron que para la sociedad de aquellos años la figura de la matrona estaba revestida de prestigio, que eran consideradas una autoridad en partos y que el hecho de tener una titulación académica siendo mujeres, las hacía ser personas muy respetadas.

El instrumental que se utilizaba para asistir el parto en los domicilios de las gestantes lo llevaba la propia matrona. En los partos de áreas urbanas existió, aunque no de manera universal, la posibilidad de recoger en la farmacia la denominada 'Caja Tocológica' que contenía un material básico para los cuidados de la

criatura recién nacida. Pero, sobre todo, lo que recuerdan las mujeres que era indispensable tener eran sábanas y toallas limpias. De los datos obtenidos en nuestra investigación de ciento seis mujeres que parieron en sus casas, podemos afirmar que los partos se realizaban en las máximas condiciones higiénicas, aunque no se dispusiera de la asepsia que años después tendrán los paritorios de los hospitales. Durante las horas de dilatación pocas fueron las que recibieron algún tipo de analgesia. La mayoría utilizó remedios caseros como infusiones o caldos calientes, y solo en unos pocos de los partos que a pesar de realizarse en el domicilio fueron atendidos de manera privada, el médico disponía de una mascarilla de cloroformo que les aplicó hacia el final del parto. La movilidad de la parturienta no estaba restringida, por tanto, las mujeres se movían de la manera que consideraban que les haría sobrellevar mejor el dolor provocado por las contracciones. En muchos casos, los testimonios confirman que las mujeres continuaron con su trabajo hasta que las contracciones se hicieron muy intensas y al poco rato se produjo el nacimiento. Para preparar el escenario del parto se procuraba utilizar sábanas limpias para tapar los muebles y, cuando la mujer estaba en la cama y quería estar incorporada, se colocaba una silla y se le daba la vuelta. De este modo podía apoyarse en el respaldo. La ingesta de alimentos no se limitó por parte de los profesionales que atendieron el parto, fueran matronas o médicos. Fueron las propias mujeres las que se autorregularon. Por un lado, todas refirieron haber tomado líquidos. Sin embargo, la rotundidad de las contracciones hizo que muchas mujeres no tuvieran ningún deseo de ingerir alimentos. La episiotomía no se hacía de forma sistemática. Solamente cuando el período expulsivo era muy largo o el bebé parecía más grande de lo habitual. Cuando se producía un desgarró, solamente se suturaba cuando era importante. La

presencia del médico solo se requirió cuando hubo que aplicar fórceps para la extracción fetal, cuando hubo que suturar un gran desgarro o cuando se presentó una hemorragia postparto.

Los días posteriores al parto las mujeres eran visitadas por la matrona que las había atendido. Esta se ocupaba de prestar los cuidados sanitarios necesarios para su recuperación y, por supuesto, de la higiene y de los cuidados umbilicales de la criatura. En las zonas rurales era costumbre que la madre hubiera confeccionado unos hilos retorcidos que servían para atar el cordón umbilical. Previamente a su uso se habían ocupado de tenerlos hervidos. La matrona también asesoraba a las puérperas para que la lactancia se estableciera correctamente durante las visitas posparto. En las mujeres entrevistadas la prevalencia de lactancia materna fue elevada, siendo la realizada por más del noventa por ciento de la muestra. No obstante, hemos constatado que ya empezaba a difundirse la lactancia artificial, siendo promocionada por muchos profesionales médicos, sobre todo por pediatras.

Durante los primeros años setenta del siglo pasado, cuando se abrieron las puertas del Hospital Maternal La Fe, las mujeres experimentaron sentimientos ambivalentes ante el cambio de tendencia que suponía que, a partir de entonces, en cuanto se pusieran de parto tenían que acudir al hospital. Por un lado, debido a que en el transcurso del mismo podían presentarse complicaciones que pusieran en riesgo sus vidas, la incertidumbre que se tenía sobre el resultado disminuyó y consideraron este cambio como una garantía de seguridad. Otro factor que valoraron positivamente con el cambio de planteamiento que supuso la generalización del parto hospitalario fue una sensación de comodidad y descanso con respecto a lo que habían vivido anteriormente. Iban a estar cuidadas los días que permanecieran

en la institución y, además, no tendrían que preocuparse de la limpieza de todo lo que se hubiera ensuciado si parto hubiera acontecido en su casa.

Sobre la percepción de los cambios que se han producido durante estos años en la situación de las mujeres que acudían a parir al hospital podemos atrevernos a concluir que ha habido tres períodos. El primero está vinculado a la institucionalización de los partos en los hospitales, es decir, a la ruptura que se produjo a comienzos de los años setenta del siglo pasado en la mentalidad de las mujeres y en la de sus familias, cuando tuvieron que reculturizarse al hecho de acudir al hospital cuando se pusieran de parto. Hasta que la normativa sanitaria pudo aplicarse gracias a la construcción de los hospitales públicos y a la extensión del Seguro Obligatorio de Enfermedad a la mayoría de la población, se consideraba *normal* parir en el propio domicilio, asumiendo que si surgía alguna complicación los medios de los que se disponía para resolverlos eran mínimos, ya que se sustentaban en la pericia de la matrona que asistía el parto y en la del médico que había acudido en cuanto se había puesto en evidencia la complicación del mismo. En este contexto, el parto hospitalario era sinónimo de parto problemático y con riesgo para la vida de la madre o del recién nacido porque el traslado se hacía una vez que se había intentado resolver el problema en la vivienda familiar.

Pero también estaba aceptado con resignación que se adolecía de los medios con los que se contaba en el hospital, medicamentos a mano sin tener que recurrir al desplazamiento a una farmacia más o menos cercana, personal sanitario familiarizado con el uso de instrumentación para el parto, quirófano, anestesia, banco de sangre, cuidados intensivos y un sinfín de posibilidades para revertir un proceso, que de producirse en el domicilio podía significar la pérdida de la propia vida o la del

recién nacido. Por tanto, este primer período podemos sintetizarlo con la frase 'Necesidad de seguridad'. Corresponde a los años de la puesta en funcionamiento del Hospital Maternal La Fe hasta finales de la década, donde aunque ya se ha producido la muerte del dictador, todavía está iniciándose tímidamente la democracia, se está elaborando y después refrendando la Constitución Española de 1978 y, en definitiva, la población sabe poco o nada sobre el ejercicio de libertades y por supuesto, mucho menos en el caso de las mujeres.

Sin embargo, esta garantía de tener asegurada la mejor asistencia en el caso de complicaciones, hizo que tuvieran que aceptar que en todos los partos se iba a poner en marcha un protocolo asistencial que eliminaba su capacidad de decisión, se anulaba su libertad de movimientos porque se les obligaba a permanecer en la cama, se les impedía estar con su familia y se les desposeía de la experiencia que hubieran acumulado por la vivencia de otros partos. Las mujeres de parto depositaron toda la responsabilidad en el saber de médicos y matronas –a quienes no conocían previamente-, quedando en una situación de infantilización. A todas se les trataba de la misma manera, diciéndoles cómo habían de comportarse e imponiendo sobre sus cuerpos las rutinas hospitalarias sin pedir su opinión. Además, el parto en el hospital les hizo perder la intimidad, tanto durante el proceso de parto como en los días que permanecían ingresadas porque tenían que compartir la habitación con otra mujer.

Desde una perspectiva de género, se observa que el papel protagonista que habían vivido las mujeres en el proceso del parto, contando con la experiencia y con la compañía de otras mujeres amigas y profesionales fue desapareciendo, al tiempo que se afianzaba la intervención de profesionales sanitarios especializados.

El segundo período lo ubicamos en la década de los ochenta. La mayoría de las mujeres que acuden a parir al hospital no conocen otra manera de dar a luz que no pase por una institución sanitaria, donde se comprende con toda claridad que allí los que mandan son los médicos en primer lugar y en segundo, el resto del equipo sanitario. Los profesionales son los que saben sobre la enfermedad y el modo de resolverla, por tanto, lo mejor es ponerse en sus manos y dejar que hagan todo lo que sepan para resolver cualquier problema. Y, como se da la particularidad de que el parto es el único proceso que, aun siendo un proceso fisiológico y que se produce en mujeres sanas, acontece en el hospital, el proceso mental de relación con la enfermedad se establece de manera sistemática. El parto pasa a considerarse como un problema. Y la mujer acude al hospital para que se lo resuelvan los que saben. Que le hagan lo que sea necesario, que le administren lo que necesite, que le impongan restricción de movimientos y de ingesta hídrica y alimentaria y que le ayuden – siempre que los médicos consideren- con algún instrumento para que se produzca la expulsión del bebé. Y las mujeres creen que nadie en su sano juicio debe cuestionar una actuación médica. Por tanto, la frase que resumiría este segundo período sería 'Sumisión al sistema'.

Durante la década de los noventa ya se ha promulgado una Ley General de Sanidad que escribe sobre los derechos de los -y las- pacientes y usuarios. Las libertades públicas ya están asentadas y las mujeres tienen la información suficiente para acudir al hospital para dar a luz a un bebé sano, pero se consideran con derecho a aspirar a que el proceso se parezca a lo que ellas desean. Las mujeres ya intervienen en la sociedad y en los espacios públicos, tienen más información y asumen que son las responsables y las que tienen la última palabra cuando se trata

de procesos que tienen que ver con su salud y con su vida. Preguntan y desean que se les informe sobre cualquier procedimiento que se les vaya a aplicar y quieren participar más activamente en el embarazo y en el momento del parto. Estamos empezando el período de 'Seguridad y Autonomía'. En la última década del siglo XX empiezan a escucharse otras formas de vivir el parto donde las mujeres toman más protagonismo. Cada una a su manera, porque a veces se tiene acceso a una información que puede malinterpretarse y no siempre se digiere bien porque no se tiene la formación sanitaria adecuada, pero es verdad que con los escasos datos que algunas pueden llegar a leer se plantean ir hacia delante y responsabilizarse de su propio parto, tener más protagonismo y cambiar la actitud. Y eso hace que la mujer empiece a hacer preguntas, a tener autonomía y a hacerse visible como sujeto que puede opinar o participar.

La mujer de parto acude con sus ideas y empiezan a presentarse algunas con su "Plan de Parto", pero sabiendo que más que exigir tienen que negociar. Y nos encontramos dos sujetos con plena capacidad, las profesionales que tienen el saber de su formación científica y las gestantes que tienen autonomía para tomar sus propias decisiones a partir de la información que han recibido de la matrona de atención primaria y de la valoración que hace la matrona en el momento de la dilatación. Y se inicia un proceso donde matrona y parturienta van hablando y se va actuando en función de los acuerdos a los que se llega. Estamos a pocos años de la promulgación de la Ley de Autonomía del paciente (noviembre 2002) que plasmará la voluntad de humanización del sistema sanitario, dando cobertura y también aceptación a este cambio tan radical en el sistema público donde, por primera vez, las usuarias van a tener garantizado por una ley el respeto a la intimidad personal y a la libertad individual.

- Describir las modificaciones en cuanto al número de hijos por mujer y evidenciar el aumento del número de partos instrumentados y de cesáreas en el último tercio del siglo XX.

Respecto al número de hijas e hijos que se tuvieron por familia se produjo un cambio importante en los años de nuestro estudio. Un 54% de las mujeres entrevistadas que habían dado a luz en el hospital en la década de los setenta habían tenido tres o más hijos. Esta cifra disminuyó hasta menos de un 10% en las décadas de los ochenta y noventa. La legalización de los métodos anticonceptivos y la propagación de su uso entre las mujeres españolas hicieron que a partir de los ochenta las parejas pudieran decidir sobre su fecundidad.

Otro de los cambios significativos que se produjo durante los años en los cuales se ha centrado nuestra tesis fue el incremento en el número de partos instrumentados. Este cambio de tendencia fue mayor respecto a las cesáreas realizadas en este período, pasándose de un 2,6% entre 1971-1986 a un 16,7% entre 1987-2000 en nuestra muestra. Nuestros datos coinciden con las cifras del Hospital Maternal La Fe, siendo el aumento del número de cesáreas de un 14,1% en ambos casos. También pudimos comprobar que hasta 1986 la analgesia utilizada en la mayor parte de los partos fue la administración de Mezcla Lítica. Sin embargo, a partir de ese año, se fue generalizando la analgesia epidural.

- Reflexionar sobre las modificaciones que supuso la presencia de las matronas en los equipos de Atención Primaria.

Durante la década de los noventa del siglo pasado se consolida la presencia de las matronas en los equipos de Atención Primaria. Tienen su propia consulta y son las responsables del seguimiento de todos los embarazos. Se afianza el Programa de Salud Materno Infantil de la Comunidad Valenciana que se había puesto en marcha en 1986. Se actualizaron los protocolos y las actividades integrando nuevos aspectos acordes con la evidencia científica, lo que se plasmó en la primera revisión de los mismos en el año 1993. La situación fisiológica en la que se desenvuelven la mayor parte de los embarazos determinó que las directrices fundamentales para el desarrollo de la atención integral a la salud de la mujer en esta etapa estuvieran orientadas hacia la promoción, la prevención y la educación sanitaria. Además, se establecieron los criterios para una detección precoz de los embarazos de riesgo que serían vigilados de manera coordinada entre las profesionales de Atención Primaria y los especialistas de obstetricia.

A partir de 1986 las matronas pasan a ocupar su puesto en los Centros de Salud y se encargarán del cumplimiento del Programa de Atención a la Madre. El control sistemático del embarazo, los cursos de Educación Maternal y las revisiones en el puerperio fueron los responsables de que disminuyera significativamente el número de mujeres que presentaran problemas como consecuencia de los partos. Otro dato relevante que acredita el importante papel realizado por las matronas de Atención Primaria en cuanto a la promoción de la salud es el referente al número de madres que alimentan a sus bebés con lactancia materna, que se incrementó en un 16,4% respecto al período anterior. También se acreditó la labor de las matronas de los Centros de Salud cuando observamos en nuestro trabajo que las mujeres afirmaban tener más información sobre los cuidados

del embarazo y sobre la evolución del proceso de parto a partir de 1987. Gracias a la Educación Sanitaria, las gestantes fueron adquiriendo más autonomía. Esto se vio plasmado en nuestros datos porque a partir de entonces fueron capaces de plantear sugerencias durante el período de dilatación. Sugerencias que se vieron respetadas en la mayoría de las ocasiones.

Otros aspectos están relacionados con las opiniones o creencias personales de la entrevistada. Constatamos la persistencia de mitos que se habían ido transmitiendo de generación en generación, a pesar de que ninguna de nuestras informantes declaró haberse visto influenciada por ellos. La mayoría de los conocidos tenían relación directa con el conocimiento del sexo del futuro bebé y con la bondad de satisfacer los antojos de la embarazada para evitar la presencia de manchas en la piel del recién nacido.

- Demostrar que la pérdida de poder que experimentaron las matronas tras su incorporación al hospital, sin embargo, mantuvo el reconocimiento de su saber por parte de las mujeres atendidas.

A pesar de que la atención en el hospital era prestada por profesionales que no conocían, las mujeres entrevistadas refirieron en un 88% que estaban satisfechas con la matrona que les había atendido y que en ellas depositaron su confianza durante el tiempo que duró su parto.

Por tanto, respecto a las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo tenemos que concluir lo siguiente. Después de contrastar la bibliografía feminista dedicada al tema de la maternidad con los resultados de los testimonios de las matronas que hemos analizado, se demuestra que ha habido una pérdida de

poder en el sentido de la capacidad de tomar -e imponer- las decisiones y de ejercer una cierta coacción sobre las mujeres y sus familias, que sí que existía antes de la institucionalización de la asistencia al parto. Sin embargo, nos hemos encontrado con un reconocimiento a la autoridad de la matrona por parte de las mujeres. Las informantes de nuestro estudio entendieron que, en primer lugar, las matronas que les atendieron eran las profesionales que estaban mejor preparadas para la asistencia a la dilatación y el parto. En segundo lugar, que eran las profesionales que les iban a prestar los cuidados tanto físicos, como emocionales y de representación, convirtiéndose en sus interlocutoras ante los obstetras. Además, esta aceptación de la autoridad de las matronas hizo que cuando se presentaba una situación en la cual hubiera diferencias entre los deseos expresados por las mujeres y las convicciones de la propia profesional, no se dirimieran en forma de abuso de autoridad sino mediante la negociación.

- Analizar las repercusiones percibidas por las mujeres como consecuencia de la variación del escenario en la asistencia al parto.

En las tres etapas en las que hemos subdividido el estudio hemos podido comprobar que las mujeres, de ser el eje vertebrador de todas las acciones que se realizaban en el domicilio durante el proceso de parto, pasaron a convertirse en receptoras pasivas de cuidados, de indicaciones médicas y de prescripciones farmacológicas, *por su propio bien*. Los motivos de la sumisión que mantuvieron frente al criterio médico, vienen determinados en los años setenta del siglo pasado porque estaba demasiado reciente el tiempo en el cual las cifras de mortalidad materna e infantil eran

alarmantes. Por tanto, supeditaron la anterior libertad de movimientos en aras de conseguir la seguridad que en aquellos años parecía depender de que el parto se produjera en el hospital. En los años ochenta, podemos decir que las mujeres no conocían otro escenario de parto que no fuera el de acudir al hospital y ponerse en manos de *los y las profesionales que sabían*. Habían ganado la batalla de los anticonceptivos y con ello podían decidir cuándo y cuantos hijos querían tener -al menos en teoría-, debido a que hasta avanzada la década de los ochenta la aceptación – tanto de las mujeres como de los ginecólogos a prescribirlos- no fue una realidad mayoritaria. Pero en el momento del parto se rindieron a los protocolos de trabajo de los hospitales maternos. En la década de los noventa son cada vez más las mujeres informadas que conocen los derechos de autonomía que tienen como usuarias del sistema sanitario. Ya no son personas obedientes que aceptan sin más la dirección del parto sino que establecen una relación dialéctica con las profesionales que las atienden para que les expliquen el porqué de los procedimientos que se realizan en su cuerpo gestante. Poco a poco, van consiguiendo un mayor equilibrio entre la seguridad que les proporciona tener a su disposición la tecnología adecuada por si surge alguna complicación durante el proceso y el sentirse respetadas como personas adultas que tienen capacidad de decisión sobre las actuaciones que afecten a la salud de su criatura y a la suya propia.

- Averiguar las estrategias utilizadas por las matronas para mantener su dignidad profesional y la de las mujeres que atendieron.

La tercera de las hipótesis planteaba que las matronas ofrecerían resistencia a la pérdida de autoridad profesional que padecieron con la institucionalización del parto en favor de los médicos obstetras. En este sentido hemos podido comprobar que solo en casos puntuales hubo enfrentamientos directos encabezados por profesionales comprometidas con la autonomía de la enfermería como disciplina y con posiciones políticas progresistas que tenían como objetivo la democratización de las instituciones sanitarias. Su formación científica hizo que durante la década de los setenta del siglo pasado entendieran que la mejor forma de asistencia pasaba por la atención al parto en los hospitales. Pero su compromiso con la salud de las mujeres las llevó a adoptar una postura crítica con un sistema que situaba a las gestantes y a las matronas como personas con un grado de infantilización que no estaban dispuestas a asumir. Los avances sociales que se produjeron en la década siguiente les posibilitaron optar por una estrategia de no confrontación para conseguir sus objetivos. Con una formación universitaria especializada que avalaba sus conocimientos, con el respaldo de las vocales matronas en los Colegios Profesionales, con su participación en asociaciones profesionales y científicas –tanto en el contexto nacional como en el internacional- que defendían sus competencias y con el respaldo de asociaciones de mujeres, demostraron que eran las profesionales más preparadas para atender a las mujeres durante el embarazo y el parto, siempre que no se presentaran complicaciones. En las consultas de Atención Primaria gozan de total autonomía para el seguimiento del embarazo normal. Cuando éste se considera de riesgo, el control de la gestación lo realizan de manera colegiada la matrona y el obstetra. Realizan educación sanitaria durante los grupos de educación maternal ofreciendo a las gestantes la mejor evidencia

científica disponible para que puedan tomar sus decisiones con una información alejada de tópicos y basada en resultados de investigación. Con estas herramientas contribuyen a empoderar a las mujeres para que puedan elegir el tipo de parto que desean y puedan afrontar la maternidad como una posibilidad transformadora y no como una obligación reproductora. Porque como venimos insistiendo a lo largo de estas páginas, el embarazo y el parto implican no solo al hecho biológico de la reproducción sino también al hecho social de la maternidad construida culturalmente en cada contexto histórico.

ANEXOS

USTRONAS NOVIEMBRE

	L M A J J V S D	L M A J J V S D	L M A J J V S D	L M A J J V S D	L M A J J V S D
	10 11 12 13 14 15 16	17 18 19 20 21 22 23	24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14
E. FOMES	N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T.				
C. GREGORI	N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T.				
R. RABA	N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T.				
P. SEGURA	N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T.				
IRENE	N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T.				
P. DEZ	N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T.				
J. SERNIA	L. N. T. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. -				
A. MACIAS	L. N. T. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N.				
T. DASCA	L. N. T. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N.				
E. ALAMAN	L. N. T. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N.				
E. SELLENS	L. N. T. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N.				
A. MOSCARDO	L. N. T. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N.				
V. CASAS	T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N.				
MJ. MAS	T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N.				
I. IGUAL	T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N.				
I. COLTELL	T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N.				
M. ILOPIS	T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N.				
L. RUEDA	T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N.				
A. NAVARRO	M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L.				
A. ROS	M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L.				
C. NASIA	M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L.				
P. GARCIA	M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L.				
V. MONTAGUT	M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L.				
T. MIRA	M. M. M. M. N. D. L. T. T. T. L. N. T. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L.				
M. GUEROLA	T. T. T. L. N. T. M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M.				
N. MINQUET	T. T. T. L. N. T. M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M.				
B. MARINEZ	T. T. T. L. N. T. M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M.				
L. FUSTER	T. T. T. L. N. T. M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M.				
R. GRS	T. T. T. L. N. T. M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M.				
A. VERRUA	T. T. T. L. N. T. M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M.				
MJ. WARCH	M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T.				
P. ROBERT	M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T.				
V. PERIS	M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T.				
R. PIR	M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T.				
M. ROBLEDO	M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T.				
E. MARTIN	M. M. M. M. L. N. D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T.				
P. IGANEZ	D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M.				
J. PEREZ	D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M.				
A. LIMENEZ	D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M.				
A. TORTONDA	D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M.				
L. GARCIA	D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M.				
P. SANCHE	D. L. T. T. T. M. N. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M.				
AURORA	T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L.				
TRAINIC	M. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L.				
I. GARCIA	M. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L.				
S. MARZO	T. M. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L.				
V. MONZONIS	M. T. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L.				
F. LLAVADOR	T. M. M. M. M. D. L. N. D. L. M. M. M. L. N. T. T. T. T. L. N. D. T. M. M. M. M. N. D. L.				
A. GARCIA	N. N.				
M. ESTEVE	N. N.				
C. FUENTES	N. N.				
D. PIZARR	N. N.				
MJ. ASINS	N. N.				
A. SANCHE	N. N.				

SUBDIRECCION ENFERMERIA
C.S. DE LA S. TAFE VALENCIA
Centro Maternal

ANEXO 1.- Planilla de turnos de las matronas de paritorio.
Noviembre 1985

ANEXO 2.- Encuesta para mujeres que tuvieron un parto en su domicilio entre 1950-1970

Nombre:

0. Autopercepción política: derecha- izquierda-centro (respuesta voluntaria):

1. Religión (respuesta voluntaria):

Practicante:

2. Edad:

3. Lugar de nacimiento:

4. Año del parto:

5. Nombre de la matrona que la asistió:

6. ¿Tenía seguridad social, seguro privado, otro...?

7. ¿Cuánto tuvo que pagar por la asistencia al parto?

8. ¿Cómo requirió la presencia de la matrona?

9. ¿Fue alguien a buscar a la matrona o llegó a casa por sus propios medios?

10. ¿Cuántas horas estuvo la matrona en su casa?

11. ¿Tenía confianza con la matrona que la asistió?
12. ¿Opina usted que la matrona tenía experiencia en partos?
13. ¿Le ayudó la presencia y el acompañamiento de la matrona a llevar mejor su parto?
14. ¿Por qué?
15. ¿Qué instrumental o que material utilizó?
16. ¿Qué material tenía la caja tocológica que daban en la farmacia,...?
17. ¿Que hizo la matrona para mantener la higiene?
18. ¿Quién estuvo presente en su parto?
19. ¿Le dieron algo para calmar el dolor?
20. Durante las contracciones ¿estuvo sentada, caminando, acostada?
21. Durante las contracciones, ¿comió o bebió algo?
22. ¿Tuvieron que coserle algún desgarro tras el parto?
23. ¿La visitó la matrona los días posteriores al parto?
24. ¿Recuerda cuantos días aproximadamente?
25. ¿Qué hacía en cada visita?
26. Tipo de lactancia:
27. Si fue lactancia natural ¿Cuantos meses?
28. Sexo del bebé: Mujer Varón
29. Peso:

30. ¿Tuvo que acudir el médico?

31. En caso afirmativo, ¿por qué?

32. ¿Recuerda la opinión que se tenía en aquella época de las matronas, ya que eran mujeres que trabajaban fuera de casa, cobraban un salario, tenían que salir de su casa a cualquier hora?

33. Cuando se cambió de la casa al hospital para dar a luz ¿Que pensó usted?

ANEXO 3.- Encuesta para mujeres que tuvieron un parto en el hospital entre 1970- 2000

EDAD :
 ESTADO CIVIL:
 PAREJA:
 PROFESIÓN:
 PROFESIÓN DE LA PAREJA:
 TIPO VIVIENDA:
 SE CONSIDERA:
 ¿Progresista
 ¿Conservadora
 JORNADA LABORAL:

 Menarquia Fórmula menstrual

 Fecha de la menopausia (si procede)

 DATOS OBSTETRICOS:
 Gesta: para: abortos:
 cesáreas:

FECHA	EMBARAZO	PARTO	ABORTO	PUERPERIO	LACTANCIA*

- En caso de lactancia natural, ¿Cuántos meses duró?

1.- ¿Los embarazos han sido planificados?

2.- ¿El embarazo ha sido bien aceptado por usted y por su pareja?

3.- ¿Necesitaron ayuda para conseguir el embarazo?

4.- ¿Tiene algún problema ginecológico como consecuencia de los partos?

5.- Descubrimiento 1º embarazo. ¿Cómo descubrió su 1º embarazo?

↑Retraso menstruación.

↑Por síntomas (nauseas, vómitos, aumento tamaño de mamas)

Otros

6.- Cuando supo que estaba embarazada ¿a quién acudió?

↑Comadrona

↑Ginecólogo

↑Médico de cabecera

↑Otros

7.- ¿Cuántos controles se realizó durante el primer embarazo?

↑0-3

↑3-6

↑más

8.- ¿Cuántas ecografías le hicieron?

9.- ¿Dónde se controló el embarazo? ¿Era un centro público o privado?

10.- ¿Le acompañaba su pareja?

ÍSi		
ÍNo	→	ÍIba sola
		Ímadre
		ÍHermana
		Íotros

11.- ¿Durante el primer embarazo fue informada sobre los cuidados del mismo por parte de algún profesional?

ÍSí
ÍNo

12.- ¿Qué tipo de información?

13.- ¿Quién le indicó dichas recomendaciones?

14.- Durante su primer embarazo ¿estuvo usted ingresada?

ÍSi	motivo	→	Ísangrado
			ÍAzúcar
ÍNo			Otros

15.- ¿Conoce algún mito en relación al embarazo?

ÍSí
ÍNo

16.- ¿Cuál?

17.- ¿Cree que le ha influenciado?

18.- ¿En qué mes averiguó el sexo de su hijo/a?

19.- ¿Conocía algo del parto?

↑Si

↑No

20.-En caso afirmativo ¿Quién le informo?

↑Madre

↑Familiares

↑Amigas

↑Médico

↑Matrona

↑Otros

21.- ¿Qué le habían dicho del parto?

22.- ¿Recibió clases de educación maternal?

23.- ¿Le acompañó su pareja?

24.- ¿Quién las impartía?

25.- ¿Utilizó otra alternativa para la preparación al parto?

26.- ¿Le resultaron útiles para su parto?

27.- ¿Dónde fue su parto?

↑En casa.

↑En una clínica

↑En el hospital

↑Otros

28.- ¿Era un centro público o privado?

29.- ¿Por qué eligió este centro?

30.- ¿Durante el parto su pareja permaneció con usted?

31.- La presencia de su pareja ¿Qué sentimientos, emociones, etc... le produjo?

32.- ¿Cree que se respetaron sus sugerencias, deseos o demandas durante el transcurso del parto?

33.- ¿Cómo supo que estaba de parto?

34.- ¿Quién atendió su parto?

ÍMédico
ÍMatrona
ÍFamiliar
ÍOtro

35.- ¿Cómo calificaría la atención recibida?

ÍMuy mala Ímala Íregular Íbuena Ímuy buena

36.- ¿Y la atención recibida por la matrona?

Muy mala mala regular buena muy
buena

37.- ¿La visitó la matrona después del parto o acudió al centro de salud para el control del puerperio?

ÍSi ¿Cuántas veces?
ÍNo

38.- ¿Cree que fue beneficioso para su salud acudir a las clases de recuperación postparto?

39.- ¿Ha tenido algún problema después del parto? ¿De qué tipo?

40.-Según su experiencia ¿qué le parece mejor parir en el domicilio o en el hospital?

 ↑En el domicilio

 ↑En el hospital

41.- ¿Por qué?

42.- ¿Si hubiera sido posible, habría elegido un sitio diferente para dar a luz?

43.- ¿Dónde?

44.- Díganos las razones

ANEXO 4.- Guión entrevista Matronas

- Formación.
- Motivación para elegir la profesión.
- Vida laboral.
- ¿Qué opinión te merecía el parto en el domicilio?
- ¿Qué opinión tenías sobre las matronas que trabajaban en el domicilio?
- Cuando tuviste el título de matrona ¿qué pensabas del parto en el hospital?
- El parto como patología.
- Háblame de los médicos/obstetras y su relación con las matronas.
- Si había alguna confrontación con un médico, ¿las matronas se apoyaban?
- Las mujeres de parto.
- Los maridos.
- ¿En qué fechas estuviste en la Subdirección del maternal?
- Colaboradoras, adjuntas.

- ¿Qué objetivos se plantean desde la subdirección y cuales consideras que son los logros en ese tiempo?
- Cambios con respecto a la asistencia al parto durante tu experiencia.
- 1986 Ley General de Sanidad.
- Las matronas en Atención Primaria.
- Las mujeres, las mujeres de parto. Evolución, cambios, etc... desde 1971-2000 desde tu punto de vista.

Encuesta matronas

Datos sociodemográficos

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Profesión del padre:

Profesión de la madre:

Nº de hermanos:

Nivel económico de su familia:

Autopercepción política: Derecha/centro/izquierda

Religión:

¿Ha influido la religión en su práctica profesional?

Observación:

Estado civil:

Profesión del marido:

Nº de hijos: hijas:

Estudios/Profesión:

Formación

Estudios previos:

Nivel educativo antes de comenzar la formación de matrona:

¿Tuvo que estudiar enfermería antes de estudiar para ser
matrona?

¿Dónde estudió?

Tiempo de clases teóricas:

Tiempo y lugar de prácticas:

¿Para obtener el título de matrona había que realizar un
examen?

¿Recuerda los libros que utilizó para su formación?
¿Recuerda el nombre de sus profesoras/profesores?
¿En qué año obtuvo el título de matrona?
¿Qué institución expidió el título de matrona?

Vida profesional

¿Trabajó de enfermera antes de ser matrona?
¿Dónde?
¿Cuánto tiempo?

Trabajo de matrona

Matrona de Atención Primaria

Años:

Promedio de 1 embarazos al mes:

¿Se cubre el mes de Vacaciones:

Visitas a domicilio:

Salario:

Regalos:

Instrumental:

Propio o alquilado

Medicación utilizada:
Espisiotomía:
Desgarros:
Sutura: Cura de la herida:
Medicación: Presencia del médico Habitual
Complicaciones

Sanidad Pública Hospital

Años:
Promedio de partos al mes:
Vacaciones:
Visitas en la sala:
Salario:
Regalos:
Medicación utilizada:
Episiotomía:
Desgarros:
Sutura: Cura de la herida:
Medicación:

Presencia del médico:

Complicaciones:

Sanidad Privada Domicilio y en centros de nacimientos

Años:

Promedio de partos al mes:

Vacaciones:

Visitas a domicilio:

Salario: ¿Dónde cobraba?

Regalos:

Instrumental: Propio o alquilado

Medicación utilizada:

Episiotomía:

Desgarros:

Sutura: Cura de la herida:

Medicación:

Presencia del médico	Habitual
Complicaciones	

¿Trabajaba para algún seguro o trabajaba con algún médico?

Sanidad Privada Hospital

Años:

Promedio de partos al mes:

Vacaciones:

Visitas en la sala:

Salario:

Regalos:

Medicación utilizada:

Episiotomía:

Desgarros:

Sutura:

Cura de la herida:

Medicación:

Presencia del médico:

Complicaciones:

¿Trabajaba para algún seguro o trabajaba con algún
médico?:

Bibliografía

Anuario de la Facultad de Medicina (1949-1950) (1959-1960) (1962-1963).

Recuperado el 28 agosto 2013. Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/25028>

Acuario, C. Asistencia al parto fisiológico sin intervenciones innecesarias. Humanización de la asistencia al parto. Recuperado el 19 agosto, 2013. Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/acuario.htm>

Aguado, A. (1996). Trabajo, género y clase: mujeres socialistas, mujeres feministas. En C. Segura y G. Nielfa (Eds.), *Entre la marginación y el desarrollo: Mujeres y hombres en la Historia. Homenaje a M^a Carmen García Nieto*. Madrid: Ediciones del Orto.

Aguado, A. (2005). Entre lo público y lo privado: sufragio y divorcio en la II República. *Ayer*, 60. 105-134.

Aguado, A. (2006) Construcción de la ciudadanía, género y culturas políticas. En: XIII Coloquio Internacional de la AEIHM, *La Historia de las Mujeres: Perspectivas actuales*. Barcelona, 2006. Consultado el 6-04-2008. Disponible en: <http://www.aeihm.org/events/XIIICol/Sesion7/Ana%20Aguado.pdf>

.

Aguado, A. (2009). Construcción de la ciudadanía, género y culturas políticas. En *De la democracia ateniense a la democracia paritaria* (pp.147-164) Barcelona: Icaria.

Aguado, A., Capel, R. M., González, T., Martínez, C., Nash, M., Nielfa, G., y otros (1994). *Textos para la Historia de las Mujeres en España*. Madrid: Cátedra.

Alcázar, J. (1994). Una aproximación al debate: las fuentes orales en la investigación histórica. *Mapocho. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, nº 35, 234-236.

Alcoff, L. (2002). Feminismo cultural versus postestructuralismo: la crisis de la identidad en la teoría feminista. *Debats*, 4; año II (76), 18-41.

Alvarez Ricart, M. d. C. (1988). *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Barcelona: Anthropos.

Amorós, C. (1998). Feminismo y perversión. En L. Posada (Ed.), *Sexo y esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados: desde un feminismo nominalista*. Madrid: Horas y horas.

Amorós, C., y Miguel, A. de (2005). *Teoría Feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.

Arendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península.

Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós.

Beauvoir, S. de (1999). *El segundo sexo* (Vol. I y II). Madrid: Cátedra.

Beltrán, E., Maquieira, V., Alvarez, S. y Sánchez, C. (2001). *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza.

Berg, M. (1990). Algunos aspectos de la entrevista como método de producción de conocimientos. *Historia y Fuente Oral*, Nº 4, 5-10.

Blázquez Rodríguez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid (Tesis Doctoral)*. Universitat Rovira i Virgili Tarragona.

Bleier, R. (1984). *Science and gender: A critique of biology and its theories on women*. New York: Pergamon Press.

Block, M. (2001) *Apología para la historia o el oficio de historiador*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bock, G. (1991). La historia de las mujeres y la historia del género: aspectos de un debate internacional. *Historia Social*, 9, p. 51.

Bolufer, M. (1999). Cos femení, cos social. Apunts d'historiografia sobre els sabers mèdics i la construcció cultural d'identitats sexuades (segles XVI-XIX). *Afers, Les dones i la historia*, 33-34, 531-550.

Bonder, G. (2006). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. Recuperado el 19 abril 2012. Disponible en: <http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/lectura4.doc>.

Borderías, C., Bertaux-Wiame, I. y Pesce, A. (1997). Subjetividad y cambio social en las historias de vida de mujeres: notas sobre el método biográfico. *Arenal*, 4:2, p. 186.

Borderías, C., Bertaux-Wiame, I. y Pesce, A. (1990). *Una comparación internacional sobre la producción de trayectorias sociales femeninas: España, Francia, Italia*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Burdiel, I., y Romeo, M. C. (1996). Historia y lenguaje: la vuelta al relato dos décadas después. *Hispania*, LVI/I (192), 334.

Butler, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (1990, 1 ed.). México: Paidós Mexicana Editorial, S.A.

Cabré, M. y Ortiz, T. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII- XX*. Barcelona: Icaria.

Celia, A. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y posmodernidad*. Madrid: Cátedra.

Cenarro, A. (s.f.) Encuadramiento y consenso en la obra del Movimiento: mujeres, jóvenes, obreros. Recuperado el 10 de mayo 2014. Disponible en:
<http://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/32/79/10cenarro.pdf>

Cenarro, A. (2006). *La sonrisa de Falange. Auxilio Social en la guerra civil y en la posguerra*. Barcelona: Crítica.

Cid López, R. M. (2007). Madres y maternidades. Algunas aportaciones sobre los modelos de la cultura clásica. En J. Méndez (Ed.), *Maternidad, familia y trabajo: de la invisibilidad histórica de las mujeres a la igualdad contemporánea* (pp. 35-39). Madrid: Fundación Sánchez Albornoz.

Clément, C. y Kristeva, J. (2000). *Lo femenino y lo sagrado*. Madrid: Cátedra.

Colaizzi, G. (1990). Feminismo y teoría del discurso. Razones para un debate. En G. Colaizzi (Ed.), *Feminismo y teoría del discurso*. Madrid: Cátedra.

Colectivo de la salud de las mujeres de Boston (1984). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Icaria.

Conde Fernández, F. (2011). Parteras, comadres y matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular hasta el conocimiento científico. Recuperado el 30 marzo 2013. Disponible en:

<http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>

Consellería de Sanitat i Consum (1990). Programa de Atención a la Madre. Monografías Sanitarias, serie E, nº1, Generalitat Valenciana.

Consellería de Sanitat i Consum (1992). Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Monografías sanitarias, serie E, nº 8. Generalitat Valenciana.

Cuadri Duque, M. J. (1998-1999). Antecedentes históricos de la formación de matronas. *Híades*, 5-6, 261-270.

De Lauretis, T. (1992). *Alicia ya no. Feminismo, Semiótica, Cine*. Madrid: Cátedra. pp.55.

De Miguel, Jesús M. (1979). *El mito de la inmaculada concepción*. Madrid: Anagrama.

De Miguel Sesmero, J. R. (1995). Hitos históricos de la obstetricia desde la Edad Media hasta el siglo XIX. *Toko-Ginecología Práctica*, 55 (596/1).

De Riquer, B. (2010). La dictadura de Franco. En J. Fontana y R. Villares (Eds.). *Historia de España* (Vol. 9). Barcelona: Crítica / Marcial Pons.

Del Alcàzar, J. y Pinazo, Sacramento (2013). La memoria para el futuro, tres propuestas educativas para el desarrollo social sostenido. *Revista do Mestrado Profissional Gestão em Organizações Aprendentes*, 2 (1), pp. 68-91.

Derrida, J. (1971). Firma, acontecimiento, contexto. Recuperado el 14 de junio, 2011. Disponible en: http://www.ddooss.org/articulos/textos/derrida_firma.pdf

Dosse, F. (2007). *La apuesta biográfica. Escribir una vida*. Valencia: Publicaciones de la Universitat de València.

Dubesset, M. y Thébaud, F. (2005). Ivonne Knibiehler, historienne de la maternité. *Clío* (21), pp.247-268.

Dupuy Lago, M.J., Donat Colomer, F. y Marín Torres, R.M. (1994). Promoción de salud en las mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *Rev ROL de Enfermería*, 193, pp. 17-23.

Ehrenreich, B. y English, D. (1998). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*. Barcelona: Edicions de les dones.

Escuela de Matronas y Casa de Salud Santa Cristina. Recuperado el 11 de agosto 2013. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155304130403&language=es&pagename=HospitalSantaCristina%2FPage%2FHCRI_pintarContenidoFinal

España, X. (2003). CCOO denuncia al hospital de Alzira por no cumplir el convenio [versión electrónica]. Recuperado el 27 de Agosto 2013. Disponible en: http://elpais.com/diario/2003/02/08/cvalenciana/1044735494_850215.html.

España, X. y Navarro, C. (1998). *Movilización en la Ribera*. Recuperado el 26 de agosto 2013. Disponible en: http://elpais.com/diario/1998/12/11/cvalenciana/913407482_850215.html.

FAME. (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Fee, E. (1983). Las mujeres y la atención de salud: una comparación de teorías. En *Woman and Health: the politics of sex in medicine* (pp17-34), Nueva York: Baywood Publishing Company.

Fernández, A. y Lafuente, E. (1999). El pensamiento eugénico de Marañón. *Asclepio*, *LI* (2).

Fernández del Castillo, I. (1994). *La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático*. Madrid: EDAF.

Ferraroti, F. (1980). Les biographies comme instrument analytique et interprétatif. *Cahiers internationaux de sociologie*, *LXIX*.

Flax, J. (1990). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Cátedra.

Folguera Crespo, P. (1990). *La historia oral como fuente para el estudio de la vida cotidiana de las mujeres*. Ponencia presentada en: La mujer en la historia de España (siglos XIV-XX): Actas de las II Jornadas de Investigación Interdisciplinaria, Universidad Autónoma de Madrid. pp.177-211.

Fontana, J. (1986). Reflexiones sobre la naturaleza y consecuencias del franquismo. En J. Fontana (Ed.), *España bajo el franquismo*. Barcelona: Crítica.

Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (2 ed.). Madrid: Siglo XXI.

Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia* (1985, 1ª ed.). Valencia: Alfons el Magnanim.

Franco Rubio, G. A. (2010). *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*. Barcelona: Icaria.

Fresquet, J. (1988). La asistencia. En J. M. López Piñero y D. Campillo Valero (Eds.), *Historia de la Medicina Valenciana* (pp. 181-195) Valencia: Vicente García.

Friedan, B. (1965). *La mística de la feminidad* (1963, 1ª ed.). Barcelona: Sagitario. pp. 78 y 208.

Fusi, J. P. y Palafox, J. (1986). *España: 1808-1996. El desafío de la modernidad*. Barcelona: Crítica.

Gaja García, F. y Boira Marqués, J. Planeamiento y realidad urbana en la ciudad de Valencia (1939-1989). Consultado el 16 de abril 2012. Disponible en: http://www.uv.es/cuadernosgeo/CG55_063_089.pdf

García del Moral, J. y Prats, J. (2003). El Síndic censura el pago de 25 millones al hospital de Alzira [versión electrónica]. *El País*. Recuperado el 26 de Agosto 2013. Disponible en: http://elpais.com/diario/2003/12/26/cvalenciana/1072469890_850215.html.

García Hidalgo, T. (1981). Evolución histórica de la profesión de matrona. *Nueva enfermería*.

García Martínez, M. y García Martínez, A. (1998-1999). Fechas clave para la historia de las matronas en España. *Hiades*, 5-6, 43-59.

García Martínez, M. J. (1998-1999). Ficha n.º 10. Las Carreras Auxiliares Médicas. *Hiades*, 5-6, 55-60.

García Martínez, M. J. (1999). Ficha nº 8: Bossi, L.M. Manual de obstetricia: ginecología menor para las comadronas. *Hiades*, 5-6, 41-46.

García Martínez, M. J. (2000). Ficha nº 14 Box María-Cospedal, A. Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras. *Hiades*, 7, 137-148.

García Martínez, M. J. y Espina Gutierrez, M. D. (1999). La revista sevillana La Matrona Hispalense (1922-1930): a la búsqueda de una identidad profesional. *Hiades*, 5-6, 285-326.

García-Nieto París, M. C. (2000). Trabajo y oposición popular de las mujeres durante la dictadura franquista. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. El siglo XX* (Vol. 5). Madrid: Taurus.

Garland, D. (2006). *Castigo y sociedad moderna. Un estudio de la teoría social*. Madrid: Siglo XXI. pp. 137-188.

Germán Bes, C. (2006). *Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género (Tesis Doctoral)*. Universidad de Zaragoza.

Goberna Tricas, J. (2009). *Dones i Procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement (Tesis Doctoral)*. Universitat de Barcelona.

Gómez Cuesta, C. (2000). La Sección Femenina y su Modelo de Mujer: un discurso contradictorio. *El siglo XX: Balance y perspectivas* (pp.195-204). Valencia: Universitat de València. Departament d'Història Contemporània.

Gómez Ruíz, M. D. (1996). Evolución de la profesión de matrona. Situación actual. *Revista del Colegio de Enfermería de Cantabria*.

González Canalejo, C. (2007). Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social" (1957-1936). *Dynamis*, 27, pp. 211-235.

Green, M. (2001). En busca de una "auténtica" medicina de mujeres: los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen. En M. Cabré y T. Ortiz Gómez (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. (pp. 27-54). Barcelona: Icaria.

Gutierrez, R., Ortiz, I., Lazos, M., Amancio, O., Rodriguez, A. (1995). Efecto de la miel aplicada tópicamente sobre la cicatrización en heridas infectadas. Modelo experimental. Rev. Méd. Hosp. Gen. Méx. 58 (3):101-4, jul.-sep.

Halberstam, J. (2008). *Masculinidad femenina* (1998, 1ª ed.). Madrid: Egales.

Halbwachs, M. (1968). *La mémoire collective*. Paris: PUF.

Hanisch, C. (1969). The Personal is Political. En Firestone, S. y Koedt, A. (Ed.), *Notes from the Second Year: Women's Liberation*. New York: Radical Feminism.

Harding, S. (1993). *The "Racial" Economy of Science. Toward a Democratic Future*. Indiana: University Press.

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo* (1993, 1ª ed.). Madrid: Morata.

Hernández Sandoica, E. (2004). Historia, historia de las mujeres e historia de las relaciones de género. En I. Del Val, M. Santo Tomás, MJ. Dueñas, C. de la Rosa (Ed.), *La historia de las mujeres: una revisión historiográfica* (pp.29-56). Valladolid: Universidad de Valladolid.

Herrera, B., Gálvez, A., Carreras, I. y Strivens, H. (2006). Asistencia al parto eutócico: Recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas profesión*, 7(1).

Herrera Rodríguez, F. (1997). Un manual para la formación de las comadronas españolas (1929). *Cultura de los Cuidados*, 1 (1), 37-42.

Hodnett, E., Downe, S., Walsh, D., & Weston, J. (2010). Centros de atención del parto convencionales versus alternativos [Versión electrónica]. *Biblioteca Cochrane*. Recuperado en <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000012>.

Hospital Universitario Santa Cristina. Historia. Recuperado el 9 de septiembre, 2013. Disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155304130403&language=es&pagename=HospitalSantaCristina%2FPage%2FHCRI_pintarContenidoFinal.

INE. Profesionales Sanitarios Colegiados. Recuperado el 28 agosto, 2013. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.

Irigaray, L. (2007). *Espéculo de la otra mujer*. Madrid: Akal.

Irigaray, L. (2010). L'8 marzo compie cent'anni. Tra conquiste e nuovi rischi. *Giornata Internazionale della donna*. Recuperado en http://www.repubblica.it/cronaca/2010/03/08/news/otto_marzo_bilancio-2550020/?rss

Jackson, G. (1980). *Aproximación a la España contemporánea 1898-1975*. Barcelona: Grijalbo.

Jane, F. (1990). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Cátedra.

Jiménez, I., Ruiz Somavilla, M.J. y Castellanos, J. (2002). Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo. *Asclepio (LIV)* (1), 201-218.

Joutard, P. (1986). *Esas voces que nos vienen del pasado*. México: FCE.

Juliá, S., García Delgado, J. L., Jiménez, J. C. y Fusi, J. P. (2003). *La España del siglo XX*. Madrid: Marcial Pons.

Kaplan, T. (1990). Conciencia femenina y acción colectiva: el caso de Barcelona. 1910-1918. En M. Nash y J. Amelang (Eds.), *Historia y Género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea* (pp. 272-275). Valencia: Alfons el Magnànim.

Kniebiehler, I., Fouquet, C. (1977). *Histoire des meres. Du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Montalba.

Kniebiehler, I. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kuhn, T. S. (2001). *La estructura de las revoluciones científicas* (1 edición 1965 ed.). México: Fondo de cultura económica.

Lagarde, M. (1996). La perspectiva de género. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia* (pp. 13-38). Madrid: horas y Horas.

Llorente, R. (2001). Los médicos se oponen a que la empresa del hospital de Alzira controle la Atención primaria [Versión electrónica]. *El País*. Recuperado el 26 de agosto 2013. Disponible en http://elpais.com/diario/2001/09/27/cvalenciana/1001618292_850215.html.

López, M. (2010). El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital. [Versión electrónica]. *El País*.

Recuperado el 14 de agosto 2013. Disponible en http://elpais.com/diario/2010/07/06/salud/1278367201_850215.html.

Lozano Estívaliz, M. (2006). *La maternidad en escena. Mujeres, reproducción y representación cultural*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Maquieira, V. (2001). Género, diferencia y desigualdad. En E. Beltrán y V. Maquieira (Eds.), *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza.

Marañón, G. (1927). *Maternidad y feminismo. Tres ensayos sobre la vida sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Marset Campos, P., Sáez Gómez, J. y Martínez Navarro, F. (1995). La Salud Pública durante el franquismo. *Acta Hisp Med Sci Hist Ilus* 15, 211-250.

Martín Gaité, C., (1987) *Usos amorosos en la posguerra española*. Anagrama. Barcelona.

Martínez, C., Pastor, R. y Pascua, M. J. (2000). *Mujeres en la Historia de España*. Barcelona: Planeta.

Martínez Molina, A. (1994). *La profesión de la matrona según el tratado de Damià Carbó (siglo XVI)*. Sueca: Fundación de Enfermería Internacional.

Martínez Salmeán, J. (2005). *Historia de la anticoncepción en España: Del franquismo al siglo XXI*. Equipo Daphne. Recuperado el 14 de agosto 2013. Disponible en

http://www.observatori.apfcib.org/i_bd/upload/evolucionanticoncepcionspana.pdf.

McCandlish, R., Bowler, U., Asten, H., Berridge, G., Winter, C. y Sames, L. (1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br. J. Obstet Gynaecol*, 105 (12), 1.262-272.

Mendelson, C. (1946). The aspiration of the stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia. *Am J Obst Gynecol.*, 52, 191-205.

Miguel Sesmero, J. R. (1995). Hitos de la obstetricia desde la Edad Media hasta el siglo XIX (1ª parte). *Toko-Ginecología Práctica*, 54 (1), 34-86.

Millet, K. (1995). *Política Sexual* (1ª ed. 1969). Madrid: Cátedra. p.70.

Mir, C. (1999). Violencia política, coacción legal y oposición interior. *Ayer*, 33, 116.

Mitchell, J. (1976). *Psicoanálisis y feminismo. Freud, Reich, Laing y la Mujer*. Barcelona: Anagrama.

Mitchell, J. (1989). Entrevista con Juliet Mitchel. *Debats*, 27, 61-66.

Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. (Tesis Doctoral)* Universitat de Tarragona.

Moradiellos, E. (2003). La España de Franco (1939-1975). *Historia de España Tercer Milenio*, 33.

Morant, I. (2000). Historia de las mujeres e historia: innovaciones y confrontaciones. En C. Barros (Ed.), *Historia a debate* (Vol. III). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. pp.295

Morant, I. (2005). Hombres y mujeres en el discurso de los moralistas: funciones y relaciones. En I. Morant (Dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina* (Vol. 2). Cátedra: Madrid. pp. 27-62.

Moreno, M. y Mira, A. (2005). Maternidades y madres: un enfoque historiográfico. En S. Caporale (Ed.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora* (pp. 19-61). Madrid: Entinema.

Muñoz Ruiz, M. d. C. (2003). Representación de la imagen de las mujeres en el franquismo a través de la prensa femenina, 1955-1970. *Actas del X Coloquio Internacional de la AEIHM* (pp.405-421), (17-19 de abril 2002). Madrid: Archiviana.

Nash, M. (1991). Dos décadas de historia de las mujeres en España: una reconsideración. *Historia Social* (1), 137-161.

Nash, M. (1996). Pronatalismo y maternidad en la España franquista. En G. Bock y P. Thane (Eds.), *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeo 1880-1950* (pp. 279-308). Madrid: Cátedra.

Nash, M. (2000). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. El siglo XX*. (pp. 687-708). Madrid: Taurus.

O'Sullivan, G. y Scrutton, M. (2003). NPO during labor: Is there any scientific validation? *Anesthesiol Clin North America*, 21 (1), 87-89.

Oliva Marra-López, J. L. (1985). *El ayer, el presente y el mañana en la asistencia al parto*. Discurso de recepción como académico numerario Real Academia de Medicina de Granada.

Olsen, O. y Jewell, M. (2008). El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital [Versión electrónica] Recuperado el 4 de febrero 2013. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Olsson, G., Hallen, B. y Hambroeus-Jonzon, K. (1986). Aspiration during anaesthesia: A computerized study of 185.358 anaesthetics. *Acta Anaesthesiol Scand*, 30, 84-92.

OMS. (1985). Recomendaciones de la OMS para los nacimientos. Recuperado 12 agosto 2013. Disponible en <http://www.blogdebioetica.com.ar/recomendaciones-de-la-oms-para-los-nacimientos/>

Ortiz, T. (1993). From hegemony to subordination: midwives in early modern Spain. En H. Marland (Ed.), *The art of midwifery. Early modern midwives in Europe*. (pp. 95-114). London: Routledge.

Ortiz, T. y Sánchez, D. (1995). La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En P. Ballarín y C. Martínez (Eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas* (pp. 239-246). Granada: Universidad de Granada.

Ortiz, T. (1996, a). Género y estrategias profesionales: la formación de las matronas en la España del siglo XVIII. En M. D. Ramos y M. T. Vera (Eds.), *El trabajo de las mujeres pasado y presente. Actas del Congreso Internacional. Diputación Provincial de Málaga* (Vol. 3) (pp. 229-238). Málaga.

Ortiz, T. (1996, b). La educación de las matronas en la Europa Moderna ¿Liberación o subordinación? En C. Segura Graíño (Ed.), *De leer a escribir. La educación de las mujeres: ¿libertad o subordinación?* (pp. 155-170). Madrid: Asociación Cultural Al-Mudayna.

Ortiz, T. (1996, c). Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*, 16, 109-121.

Ortiz, T. y Martínez, C. (1997). How to be a midwife in late nineteenth-century Spain. In H. Marland & A. M. Rafferty (Eds.), *Midwives, society and childbirth. Debates and controvesies in the modern period.* (pp. 61-80). London: Routhledge.

Ortiz, T. (1999, a). De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870. *Arenal*, 6 (1), 183-195.

Ortiz, T. (1999, b). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal*, 6 (1), 55-79.

Ortiz, T. (2000). Androcentrismo y género en medicina a lo largo de la historia. *Atención Primaria*, 26 (Supl. 1), 185-187.

Ortiz, T. (2006, a). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.

Ortiz, T. (2006, b). Las mujeres en las profesiones sanitarias. En I. Morant (Ed.), *Historia de las mujeres en España y América Latina* (Vol. 3, pp. 523-546). Madrid: Cátedra.

Ortiz, T. (2008). Significados científicos del cuerpo de mujer. En T. Ortiz y M Cabré (Ed.) *Asclepio*, 60 (1), 9-18.

Ortiz, T. (2009). Entre la salud y la enfermedad: Mujeres, ciencia y medicina en la historiografía médica actual En C. Borderías (Ed.), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*. Barcelona: Icaria, pp. 163-195.

Paz, M. y Somavilla, M. (1999). Políticas de ingesta en fase activa de parto. Realidad en los hospitales del Estado Español. *Enferm Cient., Sep-Oct* (210-211), 56-61.

Perdiguero, E. El conocimiento científico del cuerpo humano. Pensamiento morfológico (I): la anatomía descriptiva (siglos XVI-XVIII). Consultado el 6 de abril 2008. Disponible en <http://www.dsp.umh.es/conecta/ha/index.htm>

Pérez Picazo, M. T. (1996). *Historia de España del siglo XX*. Barcelona: Crítica.

Pérez Sedeño, E. y Alcalá Cortijo, P. (Eds.). (2001). *Ciencia y Género. Críticas epistemológicas de la ciencia*. Madrid: Universidad Complutense.

Pons, A. (2002). Oteando el horizonte (III). Actualidades de Paris: Sartre y Ricoeur. [Versión electrónica] *Ojos de Papel*. Consultado el 15 de abril 2008. Disponible en http://www.ojosdepapel.com/show_article.asp?article_id-856

Prats, J. (2001). Adeslas se arroga la gestión de la atención primaria en Alzira [Versión electrónica]. Recuperado el 26 de Agosto 2013. Disponible en http://elpais.com/diario/2001/11/08/cvalenciana/1005250691_850215.html. .

Prats, J. (2001). El PSPV acusa a Sanidad de hinchar las cuentas del hospital de Alzira [Versión electrónica]. Recuperado el 26 de Agosto 2013. Disponible en http://elpais.com/diario/2001/12/27/cvalenciana/1009484293_850215.html.

Prats, J. (2003). El hospital de Alzira obtuvo 25 millones por lucro cesante pese a sus elevadas pérdidas [Versión electrónica]. Recuperado el 13 de Agosto 2013. Disponible en http://elpais.com/diario/2003/12/18/cvalenciana/1071778679_850215.html.

Preston, P. (1978). *España en crisis: la evolución y decadencia del régimen de Franco*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Prost, A. (2001). *Doce lecciones sobre la historia*. Madrid: Cátedra.

Puleo, A. (2002). Feminismo y Ecología. Un repaso a las diversas corrientes del ecofeminismo. *El Ecologista*, 36-39.

Quintairos Domínguez, S. (2008). *Del Practicante a la Enfermera. 150 años de desarrollo profesional: El papel de los Colegios Profesionales. (Tesis Doctoral)* Universidade da Coruña.

Rábago, J., Alvarez, A. y Castelazo, L. (2009). Estado actual de la inducción médica al parto hace 55 años. *Ginecol Obstet Mex*, 77 (5), 250-258.

Ramón y Cajal, S. (1932). En torno al feminismo. En M. Nelken (Ed.), *La mujer* (pp. 160-175). Madrid.

Ramos, M. D. (2005). La República de las librepensadoras (1890-1914): Laicismo, emancipismo, anticlericalismo. *Ayer*, 60 (45-74).

Rhodes, M. (2001). Saber y práctica de la matronería en Gran Bretaña, 1936-1950. En M. Cabré y T. Ortiz (Eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. (pp. 189-213). Barcelona: Icaria.

Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.

Romero, L. A. (2006). El pasado que duele y los dilemas del historiador ciudadano [Versión electrónica]. Recuperado el 16 de mayo de 2013. Disponible en http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/romero/Criterio.pdf. .

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre "la economía política del sexo". *Revista Nueva Antropología*, VIII (30), 95-145.

Ruiz Somavilla, M.J. y Jiménez Lucena, I. (2001) Un espacio para mujeres. El servicio de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social en el primer franquismo. *Historia Social*, 39 (67-85).

s.a. (1930) Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia. XXXII, (261), 4-18.

Sabsay, L. (2009). Judith Butler para principiantes. Recuperado el 3 marzo, 2012. Disponible en

<http://singenerodedudas.com/tirnamban/1129/judith-butler-para-principiantes>

Sacea Ulloa, C. (2001). Peregrinar al hospital de La Ribera [Versión electrónica]. Recuperado el 27/ de Agosto 2013. Disponible en http://elpais.com/diario/2001/09/16/cvalenciana/1000667899_850215.html.

Sánchez Pedrosa, A. (1993). Proyección histórica de la matrona. *Enfermería Universitaria de Albacete*, 3, 19-38.

Santonja Lucas, J., Martínez González, L. y Bonilla Musoles, F. (1975). *Atlas de Cardiotocografía*. Valencia: Facultad de Medicina.

Scott, J. W. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En J. Amelang y M. Nash (Eds.), *Historia y género*. Valencia: Alfons el Magnànim.

Seguranyes Guillot, G., Porta Lluch, R. y Vidal Puértolas, A. (1986). La matrona en la CEE. *Rol de Enfermería*, 94, 75-77.

Serna, J. (2001). ¿De qué hablamos cuando hablamos de memoria colectiva? , [Versión electrónica] *Ojos de papel*. Recuperado el 29 de marzo 2008. Disponible en <http://www.ojosdepapel.com/showarticle.asp?article id=1139>

Serrano, I. (2002). La formación de las matronas a lo largo de la historia. Recuperado el 20 agosto 2013. Disponible en <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf>

Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara.

Spivak, G. (1985). Subaltern Studies: Deconstructing Historiography. *Subaltern Studies IV: Writings on South Asian History and Society*, 330-363.

Spivak, G. (1994). ¿Can the subaltern speak? *The American Historical Review*, 99(5), 1475-1490.

Stolcke, V. (1992). *Racismo y sexualidad en la Cuba colonial*. Madrid: Alianza.

Tavera, S. (2011). Las mujeres de la sección de la falange: una afirmación entre el activismo político y la sumisión patriarcal, 1934-1939. En Anna Aguado y Teresa M. Ortega (Coord.), *Feminismos y antifeminismos: culturas políticas e identidades de género en la España del siglo XX* (pp. 207-228). Valencia. Universitat de València.

Terré Rull, C. (1997). Anexo a la edición española. La matrona en España. Historia de una profesión. En Masson (Ed.), *Comadronas en la historia y en la sociedad* (pp. 373-383). Barcelona.

Thompson, P. (1988). *La voz del pasado. Historia oral*. València: Institució Alfons el Magnànim.

Towler, J. y Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.

Tubert, S. (1995). Introducción a la edición española. En Cátedra (Ed.), *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios* (1ª ed. 1990). Madrid.

Tubert, S. (2001). *Deseo y Representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*. Madrid: Síntesis.

Tubert, S. (2003). La crisis del concepto de género. En *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. (pp. 7-38). Madrid: Cátedra.

Urrutia, M., Abarca, C., Astudillo, R., Llevaneras, S. y Quiroga, N. (2005). Alimentación durante el trabajo de parto ¿es necesario el ayuno? *Rev. Chil Obstetric Ginecol*, 70 (5), 296-302.

Valle Racero, J. L. (2002). El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas profesión*, 3 (9), 28-35.

Velasco Arias, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva.

Vélez Álvarez, C. y Hoover Vanegas, J. (2011). Epistemología del cuidado en enfermería a la luz de la fenomenología. *Cultura del Cuidado Enfermería, Nº Extra 1*, 52.

Vilanova, M. (2005). Identidad, género y transformación social. *Historia, antropología y fuentes orales, Nº 33*, pp. 5-19.

Villar, P. (2006). Convergencias modernistas/postmodernistas en la obra de Cixous y en la crítica postcolonial. Recuperado el 21 de agosto 2013. Disponible en http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/purificacion_mayobre/convergencias.pdf

Wax, J., Lucas, F., Lamont, M., Pinette, M., Cartin, A. y Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 203 (3), 243.

World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.

Worth, J. (2012). *iLlama a la comadrona!* Barcelona: Lumen.